

Filiación de las pseudocrisis



Autores: Ivars Masegosa, D; Martínez García, C
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE, Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.

OBJETIVOS

El objetivo planteado ha consistido en describir un cuadro clínico de desconexión del medio asociado a patología psiquiátrica, realizando una revisión bibliográfica sobre la psicopatología relacionada con episodios epilépticos, conocer la incidencia de aparición de estatus epiléptico y realizar un buen diagnóstico diferencial con trastornos disociativos, tras inducción anestésica y 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.

INTODUCCIÓN

Hasta en un 70% de los pacientes se ha observado la presencia conjunta de 2 o más diagnósticos psiquiátricos de diferentes categorías asociados a crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) en diversos estudios. Estas crisis comprenden la mayor parte de los eventos paroxísticos no epilépticos y consisten en episodios paroxísticos de alteración conductual que aparentemente se asemejan a crisis epilépticas verdaderas, pero no existen cambios electroencefalográficos ni se asocian a disfunción del sistema nervioso central. Entre los diagnósticos de patología psiquiátrica más destacados están los trastornos del estado de ánimo que llegan al 64%, los trastornos por abuso de sustancias al 42%, el trastorno por estrés posttraumático (TEPT) al 49%, otros trastornos de ansiedad alcanzan el 47%, y los trastornos disociativos aparecen en el 91% de estos pacientes en estudios aislados. En cuanto a los trastornos de personalidad los más frecuentes son el trastorno límite de la personalidad y el histriónico, que según los estudios su presencia en los pacientes con CNEP oscila entre el 30% y el 50%.

La depresión y la epilepsia son los más frecuentemente asociados, especialmente la epilepsia frontal y con mal control de esta. Concretamente la depresión interictal es la que está especialmente relacionada en esta situación, que suele ser infradiagnosticada dado que en un 30% de los casos se presenta con un cuadro atípico.

La ansiedad es la segunda causa más frecuente, sobre todo en edades jóvenes. Los diferentes casos de ansiedad (TOC, TAG, Crisis de pánico, Fobias) se pueden presentar en el periodo interictal con las mismas características pero con mayor frecuencia que en la población general.

Enf. psiquiátrica	Pacs con epilepsia	Población general
DEPRESION	11-80 %	3.3 % DISTIMIA 5-17% TDM
T. ANSIEDAD GENERALIZADA	19-25%	5-7%
T. PSICÓTICOS	2-9%	1%
T. PANICO	5-21%	0.5-3%
TDHA	12-37%	4-12%

ANSIEDAD ICTAL	CRISIS PANICO
Los episodios suelen durar < de 30seg.	Duración de 9-20 min
Síntomas fuera de contexto sin motivo aparente	Desencadenantes reconocibles
Intensidad leve-moderada	Intensidad grave
Esterotipadas	Síntomas vegetativos
Puede asociar desconexión y automatismos	No alteración del nivel de conciencia, para asociar fenómenos de despersonalización y desrealización.

RESULTADOS

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 de control.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente encontrados en los pacientes con CNEP son:

- Trastornos afectivos:** unos 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 entre 40% y 80% de los casos estudiados.
 - Trastornos de ansiedad:** muy frecuentes como comorbilidad en pacientes con CNEP. Existen reportes 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 psicosensoorial (despersonalización o parestesias). Dentro de los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés posttraumático ha sido hallado con una frecuencia bastante alta (35%-49%), y el rol del trauma en la génesis de los episodios de CNEP ha sido considerado un factor de gran importancia, como veremos luego. 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%.
 - Trastornos disociativos:** se definen como una alteración de las funciones integradoras de la conciencia. 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.
 - Trastornos somatomórfos:** síntomas pertenecientes a esta categoría diagnóstica suelen acompañar a los síntomas disociativos y conversivos de las CNEP. Entre ellos se destacan los síntomas por dolor, síntomas digestivos, malestar general, astenia, etc. Al igual que los trastornos disociativos y conversivos, han sido relacionados con experiencias traumáticas.
 - Trastornos de personalidad:** como se mencionó, no existe un estilo de personalidad que se relacione en forma específica con las CNEP. Los trastornos de personalidad más frecuentemente encontrados son el trastorno límite, el dependiente, el histriónico y el evitativo. Es interesante que la evolución de las CNEP tiene relación con los trastornos de personalidad, en cuanto se observan con más frecuencia en los pacientes con CNEP de larga evolución.
 - Otros** trastornos psiquiátricos difíciles de diferenciar de los anteriormente nombrados: el trastorno por simulación y el trastorno facticio, que deben ser descartados en los pacientes con CNEP.
- La epilepsia y las enfermedades psiquiátricas se encuentran relacionadas de manera bidireccional mediante una relación compleja, de tal forma los pacientes con enfermedades psiquiátricas tienen mayor prevalencia de padecer epilepsia y viceversa.

CONCLUSIONES

El diagnóstico diferencial entre el trastorno de pánico y la epilepsia focal en ocasiones puede suponer un serio desafío.

La epilepsia a menudo ocurre en comorbilidad con enfermedades mentales.

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos es mayor en pacientes con epilepsia que en la población general, siendo los más frecuentes: ansiedad, depresión, pánico, trastornos de comportamiento, así como los estados psicóticos con elementos paranoides.

La epilepsia focal debe 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 ensayos adecuados de los medicamentos y la psicoterapia dentro de un año.

La eficacia del tratamiento con antiepilépticos de los pacientes afectados de epilepsia y el estado de ánimo, ha dirigido a los médicos a investigar los posibles beneficios del tratamiento antiepiléptico en el tratamiento de otros trastornos mentales como estados de ansiedad, depresión y trastorno bipolar.

En estas situaciones, a pesar de que los EEG rutinarios o de resonancia magnética no son concluyentes y los fármacos antiepilépticos resultan ineficaces, es aconsejable realizar vídeo-EEG de seguimiento para descartar crisis parciales complejas.

REFERENCIAS

Curt LaFrance W Jr, Kanner AM, Hermann B. Psychiatric comorbidities in epilepsy. *Int Rev Neurobiol* 2008;83:347-83.

Marcangelo MJ, Ovsiew F. Psychiatric aspects of epilepsy. *Psychiatric Clin North Am* 2007;30:781-802.

Roberto Sánchez-González, Ana C. Sierra-Acín, Juan L. Becerra-Cuñat, Luis Pintor-Pérez, Crisis No Epilépticas Psicógenas: a propósito de un caso, *Actas Esp Psiquiatr* 2011;39(3):191-5