

Trabajos Originales

Diagnóstico Diferencial de las Crisis de Angustia

Fernando Ivanovic-Zuvic

Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile

RESUMEN

La angustia representa una de las condiciones clínicas más frecuentes y está presente en prácticamente todos los cuadros psiquiátricos y en variadas condiciones médicas. Su forma accesional, las crisis de angustia aguda también denominadas crisis de pánico en la terminología actual, representan situaciones donde el diagnóstico diferencial se debe efectuar con diversos cuadros que representan emergencias médicas. Una adecuada aproximación semiológica permitirá delimitar entidades clínicas de etiología, pronóstico y tratamiento diferentes, lo que debe efectuarse en forma rápida pues representan un alivio de molestias importantes para el que las padece.

La epilepsia representa una condición aguda, cuyas crisis súbitas deben ser distinguidas de otros cuadros, entre ellos la angustia, que en sus formas agudas se constituye en un diagnóstico diferencial frecuente en la práctica clínica.

INTRODUCCION

La angustia constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta y representa una condición clínica cuyo manejo terapéutico requiere diferenciar una multiplicidad de entidades clínicas que poseen un pronóstico y tratamiento diferente entre sí.

La angustia es el síntoma principal de los cuadros clínicos que han sido denominados "neurosis", que en la terminología actual del D.S.M. IV están incorporados bajo los términos desorden de pánico, agorafobia, desorden obsesivo compulsivo, desorden de ansiedad generalizada, de estrés post traumático, ansiedad debida a factores específicos (1).

Se estima que los trastornos ansiosos propiamente tales alcanzan a un 20-30% de la población. La angustia es una experiencia básica del ser humano y está presente en prácticamente todos los cuadros psiquiátricos. El término deriva de "angor", que alude etimológicamente a la

experiencia de opresión (2). La opresión también ha representado un síntoma propio de las depresiones, lo que destaca el hecho que en sus orígenes, angustia y depresión estuvieron íntimamente relacionadas, tal como con frecuencia se observa en la práctica clínica.

La angustia debe ser diferenciada del miedo, que se manifiesta ante una situación externa al individuo que es percibida en forma peligrosa, pero que no interfiere con el desenvolvimiento y la propia existencia del ser humano. Sin embargo, el hombre normal puede experimentar angustia, habitualmente como una reacción de huida o de lucha frente a situaciones potencialmente peligrosas, que pudieran afectar su integridad física o psicológica.

En esta situación de emergencia ocurren en el individuo una serie de cambios químicos que comprometerán al sistema nervioso autónomo, mediado por neurotransmisores como la adrenalina, la que es secretada a la sangre desde las glándulas suprarrenales, mecanismo que no está vinculado con la voluntad. La liberación de adrenalina en forma constante y excesiva puede desencadenar un cuadro de angustia donde la respuesta ya no será de tipo adaptativa, sino que por el contrario, dificulta las capacidades para enfrentar situaciones de emergencia. En este caso está presente un cuadro de angustia patológica.

Existe un paralelismo entre angustia, ansiedad y rendimiento. Como se mencionaba, la angustia o ansiedad en escasa intensidad puede contribuir a enfrentar situaciones que dificultan la adaptación social. Sin embargo, cuando los niveles de ansiedad superan un determinado nivel máximo la angustia se convierte en un impedimento para lograr fines beneficiosos, por lo que el rendimiento disminuye. Se puede decir que existe un nivel de ansiedad óptima para situaciones de emergencia, la que al ser superada provoca en el sujeto síntomas patológicos que afectan su desempeño individual y social. Esta angustia

ansiedad patológica se traducirá en trastornos ya sea propiamente angustiosos como las neurosis, o bien asociadas a otras patologías en la forma de una comorbilidad.

La angustia ha sido mencionada como una emoción básica del ser humano, tal como se encuentra en la obra de Sartre, Kierkegaard, Heidegger y otros existencialistas que la califican como una experiencia sustancial del hombre como ser en el mundo. Esta angustia difiere en algunos aspectos de la que se manifiesta en los cuadros psicopatológicos, la que interfiere con el accionar del individuo, provocándole síntomas que lo comprometen en forma importante ante el medio ambiente, dificultándole sus capacidades de adaptación.

Cuando nos referimos a la angustia patológica se hace referencia a un conjunto de síntomas y signos que aparecen en forma desproporcionada ya sea frente a un estímulo o como una condición más prolongada en la vida de un sujeto.

La angustia como una emoción, posee dos componentes estrechamente vinculados, el psíquico y el somático. Psíquicamente la angustia se vivencia como un estado displacentero con una sensación que algo desagradable va a ocurrir, lo que se denomina expectación ansiosa. Se experimenta un malestar indefinido, un desasosiego, vivencias amenazantes, inseguridad, temor ante algún acontecimiento peligroso que no se puede explicar claramente, adoptándose una actitud de vigilancia y alerta. A la expectación ansiosa se agrega apremio psíquico, es decir, el efectuar una serie de actividades que no se completan acabadamente unidas a una vivencia interna de apuro y de dejar todo terminado rápidamente. En este accionar, las etapas intermedias no se realizan en forma correcta para lograr estos fines, no efectuándose en forma adecuada o bien quedando a medio camino. Se agrega temor a morir, a la locura, a perder el control, a experimentar una catástrofe, o bien a cometer un acto del cual el sujeto deba arrepentirse posteriormente.

Algunos autores diferencian la angustia de la ansiedad, refiriéndose con la primera a la vivencia subjetiva de este estado displacentero, mientras que la ansiedad sería en componente motor de este estado. Sin embargo, otros no hacen uso de estas diferencias, empleando ambos términos en forma indistinta para referirse a ellas.

A los síntomas psíquicos mencionados, se debe agregar irritabilidad, dificultades de atención, concentración y memoria, sueños con pesadillas, insomnio de

conciliación e incomodidad frente a los otros. Surge además temor al dolor, a ser castigado por alguna falta cometida, vivencias de pérdida de identidad como desrealización y despersonalización. El futuro se torna incierto, inseguro y misterioso.

El componente somático de la angustia o equivalentes corporales, incluyen síntomas que se enumeran en la Tabla No 1.

La angustia como cuadro neurótico puede presentarse en variadas formas clínicas, las más frecuentes como desorden de ansiedad generalizada o bien como crisis de pánico.

El desorden de ansiedad generalizada, también denominada "neurosis de angustia" se caracteriza por ansiedad persistente que incluye tanto los síntomas psíquicos como los somáticos mencionados con anterioridad. Los síntomas somáticos generalmente son menos intensos que en las crisis de pánico. Pequeñas crisis de angustia con exacerbaciones de la ansiedad se observan en estos sujetos. Los síntomas tienden a sobreponerse entre los cuadros de ansiedad generalizada y las crisis de pánico.

CRISIS DE PANICO

También ha sido denominada como corazón irritable, síndrome de esfuerzo, astenia neurocirculatoria, ansiedad paroxística episódica.

La angustia en este caso adopta una forma aguda, mediante crisis súbitas que se presentan en forma recurrente e impredecible en la mayoría de los casos. Son de corta duración y presentan altas tasas de recurrencia, tanto de noche como en el día. El paciente expresa temor a que algo le va a ocurrir en forma inminente, presentando un estado de inquietud y expectación ante algún suceso desagradable que habitualmente no logra identificar. Simultáneamente experimenta variados síntomas autonómicos y somáticos tales como taquicardia, disnea, ahogos, mareos, temblor, sudoración u otros síntomas somáticos descritos en la Tabla No 1. Junto a esto se pueden agregar vivencias de despersonalización, desrealización, temor a perder el control, a morir o a enloquecer. Estas crisis son a menudo severas y habitualmente surgen de manera espontánea, provocando sorpresa y temor en el sujeto, quien

vivencia con plena conciencia la anormalidad del fenómeno y su temor a que se vuelva a repetir en el futuro.

Formas de mayor intensidad llevan a que el paciente consulte en forma espontánea, o bien sea acompañado por un familiar u amigo a algún centro de urgencia en busca de alivio para este estado. La crisis generalmente es de corta duración, de 10-20 minutos, pero algunas pueden prolongarse por algunas horas.

Luego de experimentar las primeras crisis, el sujeto establece un estado permanente de temor ante la repetición de ellas, lo que ocupa un lugar importante en sus preocupaciones. Se compromete su relación con el medio ambiente, ya que se ve limitado en su independencia. Los vínculos interpersonales se trastocan, mostrando dificultades para mantener relaciones satisfactorias con los demás, por lo que muchos de ellos desarrollan conductas de evitación con los otros. Adquiere un modo de vida caracterizado por el temor ante la aparición de nuevas crisis, lo que modifica el conjunto de sus actitudes ante el medio ambiente con ansiedad anticipatoria y conductas evitativas. Por lo tanto, las crisis de pánico no solo representan una patología que se manifiesta por dichas crisis, sino que además involucran al sujeto en su totalidad, consigo mismo y en sus relaciones interpersonales (3).

Se establece un círculo vicioso que facilita la aparición de nuevas crisis. El surgimiento de una crisis, a menudo inmotivada, de comienzo repentino e inesperado, provoca la aparición de síntomas tanto físicos como psíquicos, los que llevan a una interpretación pesimista y temerosa del futuro, lo que facilita tanto la reaparición de nuevas crisis como la intensidad de la sintomatología durante la crisis misma. Finalmente se establecerá un estado de expectación o "sensibilización" permanente que favorecerá la reaparición de los síntomas. En oportunidades la agorafobia es una consecuencia de este estado de mayor sensibilidad provocado por las crisis de pánico (4).

Este cambio vital que no necesariamente se acompaña de angustia clínica permanente, modificará el estilo de vida del sujeto. Por otro lado, aunque el modo de presentación habitual consiste sólo en crisis agudas, es frecuente que se acompañen de síntomas ansiosos permanentes. La

presencia de síntomas depresivos es otra complicación en los períodos intercríticos, lo que requiere de tratamientos para esta eventualidad.

Los episodios son recordados por el sujeto con exactitud y precisión, siendo relatados con detallismo, prevaleciendo algunos síntomas que dentro del complejo sintomático de la crisis adquieren mayor relevancia para este determinado individuo, tendiendo a repetirse con similares características en otros episodios panicosos. De este modo, el paciente adquiere una forma característica de presentación de los síntomas y aunque muchas veces son espontáneos, en ocasiones coinciden con actividades físicas extremas, consumo de drogas, enfermedades físicas, u otras circunstancias.

En ocasiones, las crisis de pánico no se manifiestan con gran diversidad de síntomas, configurando formas subclínicas, las que pueden representar exacerbaciones de un estado de ansiedad generalizada. En estos casos es más difícil distinguir el comienzo de la crisis dentro de un estado ansioso permanente.

El diagnóstico debe efectuarse en la medida que se descarten estímulos que por sí provocan angustia tales como fobias, o situaciones de riesgo vital. A pesar que este diagnóstico está delimitado clínicamente, es frecuente que se presenten dudas ante otros cuadros semejantes, especialmente aquellos relacionados con trastornos de personalidad, en los que la angustia ocupa un lugar destacado. El mayor conocimiento por parte de la sociedad sobre esta entidad ha llevado a que muchos sujetos se sientan portadores de este cuadro clínico, especialmente aquellos con características de personalidad histéricas, los que relatan con frecuencia vivencias semejantes a las descritas. En oportunidades existe desacuerdo entre los especialistas acerca de su diagnóstico, permaneciendo estos individuos por largos períodos con diferentes diagnósticos, con escasa remisión de los síntomas a pesar de los tratamientos indicados.

La edad de comienzo de los desórdenes de pánico es entre los 10 y 30 años, siendo más frecuente entre los 25 a 45 años. La primera crisis de pánico ocurre antes de los 20 años en un 20 % a 40% de los sujetos. Es más frecuente en solteros y en residentes de áreas urbanas (4,5).

La agorafobia, las fobias sociales, los síntomas depresivos, el abuso de alcohol y drogas, son complicaciones que se presentan en forma frecuente. En general, la respuesta a los fármacos es mejor en los desórdenes de pánico que en la agorafobia y trastornos de ansiedad generalizada. La presencia de agorafobia junto a crisis de pánico se relaciona con mayores síntomas, cronicidad y menor respuesta a los fármacos.

Como factores de riesgo en la evolución del cuadro clínico está la comorbilidad tanto médica como psiquiátrica. El uso de dosis de fármacos insuficientes, especialmente en aquellos sujetos que requieren de tratamientos prolongados se constituye en otro factor que implica un peor pronóstico (6).

La comorbilidad más frecuente consiste en trastornos de la personalidad, abuso de drogas y disfunción familiar. La patologías médicas más habituales corresponden a enfermedades pulmonares y cardíacas, las que a su vez intervienen en el proceso de génesis de mayor ansiedad (Tabla N° 2).

En cuanto al tipo de personalidad en los sujetos con crisis de pánico predominan las personalidades dependientes, evitativas, histriónicas y en menor grado las borderline y esquizoides. No todos los sujetos poseen trastornos de la personalidad, tampoco existe especificidad entre ellos (7). Cuando están presentes síntomas agorafóbicos el trastorno de personalidad tampoco es específico, aunque según nuestra experiencia predominan las personalidades de tipo evitativas. El paciente tiende a poseer una mejor adaptación social en la medida que los síntomas pánicos disminuyen con el tratamiento adecuado. El pronóstico es desfavorable en presencia de estructuras de personalidad más graves.

El diagnóstico diferencial debe ser efectuado con varias entidades clínicas. Entre las de origen somático destacan las que se enumeran en la tabla N° 3.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE CRISIS DE PANICO CON ANORMALIDADES CARDIACAS

Constituye un diagnóstico diferencial frecuente. Se estima que alrededor de un 30% de los sujetos con crisis de pánico son entrevistados por cardiólogos.

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

Se presentan en edades semejantes a las crisis de pánico. Son habitualmente autolimitadas y de corta duración, alcanzando una frecuencia cardíaca más alta que la que se observan en las crisis de pánico. El inicio en las taquicardias es más brusco que en las crisis de pánico, encontrándose signos tales como hipotensión arterial, vértigo, disnea importante, dolor retroesternal. En las taquicardias, el E.C.G. está normal cuando se registra en el período en que no están presentes los síntomas. Se puede utilizar monitoreo de 24 horas en los casos dudosos entre ambas entidades clínicas. El tratamiento con fármacos antiarrítmicos lleva a la supresión de las crisis de taquicardia.

Es frecuente durante las crisis de pánico la presencia de taquicardia sinusal. La aparición de arritmias cardíacas es un hecho inusual en las crisis de pánico.

HIPERVENTILACION

Consiste en la producción de síntomas tales como cefaleas, parestesias, debilidad muscular, calambres, alteración de la conciencia como producto de la hiperventilación. Estos pacientes habitualmente poseen trastornos de la personalidad. Deben ser diferenciados de cuadros orgánicos que provocan hiperventilación como lesiones en el tronco cerebral, enfermedades hepáticas, intoxicación por salicílicos.

La hiperventilación se observa durante las crisis de pánico, provocando dolor torácico llevando a diagnósticos erróneos de angor pectoris. La hiperventilación al igual que el angor pectoris presenta alteraciones electrocardiográficas semejantes, tales como cambios en el segmento ST. La hiperventilación provoca además taquicardia sinusal y extrasístoles ventriculares y supraventriculares. Las crisis de hiperventilación también denominadas síndrome de hiperventilación se observan generalmente en personas jóvenes, muchas veces sin relación con crisis de pánico, asociadas a conductas de tipo manipuladoras formando parte de intentos voluntarios de manejo ambiental con ganancias secundarias. La hiperventilación induce estados de ansiedad, lo que va seguido de confusión mental y desvanecimientos. A diferencia de las crisis de pánico en que el aumento en la frecuencia

respiratoria es irregular y variable en el tiempo, en el síndrome de hiperventilación el cuadro clínico es más estable. No es habitual que aparezca angustia anticipatoria o conductas evitativas previo a la hiperventilación, lo que es más frecuente en sujetos con crisis de pánico.

HIPERTENSION ARTERIAL

Los sujetos portadores de crisis de pánico frecuentemente poseen hipertensión arterial que se caracteriza por labilidad en las cifras tensionales, que se exacerban durante la crisis misma. Se ha planteado que las crisis de pánico pudieran jugar un rol desencadenante de hipertensión arterial.

ANGOR PECTORIS

Se debe considerar que sujetos portadores de angor pectoris poseen con mayor frecuencia crisis de pánico, por lo que ambas entidades clínicas pueden coexistir en un mismo sujeto. El estudio angiográfico y E.C.G. debe ser efectuado en aquellos que presentan crisis de angor pectoris y no es necesario en aquellos con crisis de pánico, aunque procedimientos de laboratorio son útiles para aliviar al paciente de sus preocupaciones acerca de una probable enfermedad cardíaca.

El dolor torácico de origen inflamatorio debe ser diferenciado de estas entidades. En este caso el dolor es permanente, a diferencias de las crisis de pánico que presentan dolor torácico solo en forma paroxística y de corta duración.

PROLAPSO DE LA VALVULA MITRAL

El prolapso de la válvula mitral se caracteriza semiológicamente por soplo sistólico. Puede asociarse a regurgitación valvular progresiva, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmias cardíacas, endocarditis infecciosa y embolías. Estas complicaciones son poco frecuentes y lo habitual consiste en un largo período de sola signología cardíaca. Es un trastorno de tipo hereditario que puede estar relacionado con otros síndromes hereditarios tales como el síndrome de Marfan.

Se ha encontrado una concomitancia entre prolapso de la válvula mitral y crisis de pánico, siendo de alrededor de 15-50 %, lo que ha sugerido que están relacionados con alteraciones del sistema neuroendocrino y autonómico,

debido a aumento de la actividad adrenérgica y alteraciones del tono vagal.

El diagnóstico de prolapso de la válvula mitral se efectúa mediante un cuidadoso estudio semiológico, aunque la ecocardiografía ayudará a confirmar esta condición, que en su gran mayoría no tendrá complicaciones con la función cardíaca.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE CRISIS DE PANICO CON OTRAS CONDICIONES MEDI-CAS

Trastornos de la Función Tiroídea

Un diagnóstico diferencial complejo con respecto a las crisis de pánico y estados ansiosos lo constituye el hipertiroidismo, en forma más frecuente que el hipotiroidismo. En ocasiones esta semejanza lleva a diagnósticos erróneos de ambas entidades por su similitud clínica. En las crisis de hipertiroidismo se observa un comienzo brusco, semejante a las crisis de pánico, acompañado de palpitaciones, disnea, temblor, estado de expectación ansiosa, apremio psíquico, inquietud psicomotora. Sin embargo, en el hipertiroidismo predomina la baja de peso, la intolerancia al calor y la taquicardia tiende a permanecer aún con reposo.

En la crisis de pánico, además de las somatizaciones predominan síntomas de mayor compromiso psíquico, a diferencia del hipertiroidismo en que los síntomas somáticos están presentes en forma constante adoptando una mayor importancia en el cuadro clínico. Síntomas ansiosos pueden ser desencadenados por crisis de hipertiroidismo, por lo que el diagnóstico diferencial entre ambas entidades requiere de un estudio de niveles de hormonas tiroideas para diferenciarlos (8).

Feocromocitoma

Corresponde a un tumor de la médula adrenal que se caracteriza por una liberación de catecolaminas que provoca hipertensión arterial, cefaleas, algias diversas, temblor, sudoración y una importante repercusión somática. Las algias abdominales aumentan en forma coincidente con el alza de las catecolaminas. Los concomitantes psíquicos de la angustia están presentes pero en una intensidad menor, e incluso pueden estar ausentes, lo que ayuda a diferenciar ambas entidades. El monitoreo de las

catecolaminas y estudios radiológicos permitirán efectuar el diagnóstico de feocromocitoma.

Crisis de Hipoglicemia

Estas crisis provocan alteración de la conciencia y angustia junto a un deseo imperioso de comer. Es frecuente de observar en diabéticos ante situaciones de hipoglicemia reactiva funcional, por retardo de la acción de la insulina.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE CRISIS DE ANGUSTIA Y OTROS DESORDENES PSIQUIATRICOS

Depresiones

Los cuadros depresivos muestran cercanía con los ansiosos. Es frecuente en las depresiones la coexistencia de síntomas ansiosos tanto en sus formas generalizadas como verdaderas crisis de angustia o de pánico que se insertan en cuadros depresivos. La ansiedad está presente en todas las modalidades que puede adoptar una depresión, desde cuadros depresivos reactivos a depresiones mayores. El diagnóstico diferencial por lo tanto adquiere una dificultad especial, pues aunque algunos pacientes muestran la sintomatología en forma precisa y delimitada entre ambas entidades, otros presentan una superposición de síntomas que a menudo dificultan una mayor diferenciación. Se suma a lo mencionado que los fármacos antidepressivos poseen propiedades tanto normotimizantes como ansiolíticas, por lo que efectuar pruebas con estos medicamentos puede no lograr una clara diferenciación entre estas entidades. Sin embargo, el diagnóstico se puede efectuar tomando en consideración la totalidad del cuadro clínico que presenta el paciente, por lo que se debe efectuar un estudio minucioso de las vivencias, actitudes y síntomas. A modo de ejemplo, la anhedonia, la tristeza, la falta de interés o motivación por las labores habituales, la inhibición psicomotora apuntan a la presencia de un cuadro depresivo que debe distinguirse de los síntomas que caracterizan a la ansiedad y a las crisis de pánico. La ansiedad como formando parte de una depresión es más frecuente en depresiones tardías y en aquellas en que predomina la agitación psicomotora.

Esquizofrenia

Angustia puede aparecer en sujetos psicóticos y esquizofrénicos. Sin embargo, adopta características de una angustia primaria, es decir, en las que no median situaciones ambientales, siendo más bien difusa y egosintónica. Esta no posee las características del comienzo brusco en el tiempo que adoptan las crisis de pánico que comprometen en forma importante el vivenciar, los proyectos vitales, los deseos de ser realmente aliviados de estas penosas experiencias, lo que junto a los otros elementos clínicos propios de este cuadro hacen posible el diagnóstico de esta enfermedad. La angustia en la esquizofrenia habitualmente acompaña a los delirios y a fenómenos de despersonalización, pero el sujeto no logra delimitarla, comprometiéndolo en su totalidad y con egosintonía frente a los síntomas. Un caso especial lo constituyen los cuadros de esquizofrenia pseudoneurótica, en los que la angustia, cuando se presenta, guarda una desproporción con los síntomas tanto físicos como psíquicos, no observándose las medidas evitativas y anticipatorias propias de las crisis de pánico. La presencia de síntomas de despersonalización en sujetos con crisis de angustia son momentáneos y fugaces, son referidas generalmente con exactitud y no adquieren las características del derrumbe de la personalidad y afectación progresiva del sujeto esquizofrénico a lo largo del tiempo.

Fobias

Se caracterizan por la aparición de angustia ante una determinada situación u objeto que se desea evitar. La angustia está relacionada directamente con el estímulo fóbico, siendo éste consciente para el sujeto. Este estímulo fóbico debe ser distinguido de situaciones, lugares u otros hechos que el sujeto vincula con la aparición de la crisis de angustia, en cuyo caso se trata de meros factores predisponentes, pero que no constituyen el elemento central al cual está dirigida la tensión o la angustia del fóbico. Es éstos encontramos anticipación de la angustia, evitación de los estímulos fóbicos y la atención está dirigida a estos estímulos que comandan el pensar y el vivenciar del sujeto fóbico. La aparición de angustia es más súbita y espontánea en la crisis de angustia en contraposición al aumento progresivo y más prolongado en el tiempo del fóbico.

Agorafobia

Agorafobia

La coexistencia de crisis de pánico con agorafobia aumenta los síntomas evitativos del paciente. La agorafobia se caracteriza por temor a estar solo en espacios públicos donde salir o escapar es difícil. El sujeto tiende a evitar estas situaciones, construyendo sus actividades habituales, por lo que posee temor a salir del hogar o estar solos en el hogar. La agorafobia se vincula frecuentemente con crisis de pánico y puede surgir luego de la aparición de las crisis de pánico debido al temor a experimentarlas. Otros poseen antecedentes de cuadros depresivos o de ansiedad generalizada previo al inicio de la agorafobia.

Consideraciones semejantes se pueden efectuar con las fobias sociales caracterizadas por temor a ser evaluado por grupos de personas o en reuniones sociales. En las fobias simples estos hechos se manifiestan en relación a objetos específicos.

Histeria

La histeria puede semejar prácticamente todos los cuadros de la psiquiatría, por lo que se constituye en un diagnóstico diferencial con cualquier entidad. La angustia relatada por un histérico puede adoptar las características de una crisis de pánico, especialmente el aquellos sujetos que histriónicamente pretenden obtener un beneficio secundario de esta situación o bien, resolver en forma inconsciente la problemática emocional que los afecta. El relato de la angustia es habitualmente llamativo, exagerado, los síntomas tanto psicológicos como somáticos no están claramente delimitados, sino más bien tienden a ser desproporcionados y no guardan una clara relación con las descripciones de las crisis de angustia. La aparición de marcada desrealización, despersonalización, síntomas conversivos o disociativos, la gran variabilidad de los síntomas a lo largo del tiempo y la escasa respuesta a los tratamientos farmacológicos u otros junto a las características de personalidad propias de estos pacientes apuntan al diagnóstico de histeria. Sin embargo, crisis de angustia también se observan en histéricos, en cuyo caso la presencia de los rasgos de personalidad histriónicos pueden desviar el diagnóstico. Es estos casos la angustia es realmente incapacitante para el paciente que espera ser liberado de las somatizaciones, en las cuales no se observa un fin ganancial y que

apuntan a la presencia de un cuadro de ansiedad propio de las verdaderas crisis de pánico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE CRISIS DE PANICO Y CRISIS EPILEPTICAS

En los ataques de pánico el inicio brusco, el temor y la angustia, junto a parestesias y mareos semejan la sintomatología de las crisis focales. Síntomas relevantes en las crisis de pánico son la despersonalización y la desrealización, semejantes a crisis parciales complejas. En algunos centros neurológicos hasta un 5% de pacientes con alteraciones neurológicas son portadores de crisis de pánico (9).

El sujeto con crisis de pánico tiene un temor permanente a experimentarlas nuevamente con una preocupación excesiva en los riesgos y consecuencias de sus molestias. Luego del episodio de pánico cambia su comportamiento, ya que esta experiencia ha modificado en forma importante la visión de sí mismo y su futuro. Epilépticos que presentan supuestas recaídas en sus síntomas de epilepsia luego de haber cumplido plazos prolongados sin crisis y ya sin medicamentos presentan estos síntomas siendo diagnosticados erróneamente como nuevas crisis epilépticas (10). Los portadores de crisis de pánico suelen poseer una historia previa de ansiedad. Un factor de confusión con una crisis epiléptica lo constituye la hiperventilación que provoca signos focales tales como alteraciones hemisensoriales y visión borrosa.

Existen algunas similitudes entre crisis epilépticas y crisis de pánico. El inicio es rápido y sin aviso previo. Puede no haber un motivo claro como desencadenante. Las crisis de pánico provocan sensaciones viscerales en el epigastrio o en la garganta parecidas a las crisis parciales. Debido a la hiperventilación y sudoración ocurren pérdidas del conocimiento y se presentan crisis epilépticas como formando parte de la crisis de pánico, aunque este acontecimiento es muy poco frecuente. La mayor diferencia entre ambas es la duración de la angustia. Mientras la angustia o temor en las crisis focales complejas es breve, de pocos segundos, en las crisis de pánico duran de minutos a horas. En las crisis de pánico es raro la presencia de automatismos. Status de temor o angustia han sido descritos en epilépticos pero son breves y se asocian a otros síntomas epilépticos.

relacionen con alteraciones del lóbulo temporal (11,12).

El temor o angustia como aura o ictus es común entre los epilépticos. Según algunas muestras ocurre en un 11% al 15% de los portadores de crisis parciales complejas y ha sido relacionada con descargas en la zona medial del lóbulo temporal. La cualidad de la emoción varía de un paciente a otro, desde sentimientos de ligero displacer hasta de intenso temor y horror. Relatan episodios de temor y pánico frente a un desastre inminente, o al hecho que la locura se apodere de ellos, con temor a enfermar o a morir. El comienzo es paroxístico y la duración breve, habitualmente de 30 a 120 segundos. Excepcionalmente se encuentran estos síntomas como formando parte de status de crisis parciales simples o complejas que duren minutos u horas. La angustia debe ser diferenciada del temor del epiléptico a experimentar una nueva crisis, angustia diferente a la crisis de pánico o al fenómeno ictal (13). Los epilépticos poseen mayor frecuencia de síndromes ansiosos que la población general, incluyendo crisis de pánico (14).

Los epilépticos, al igual que los sujetos con crisis de pánico pueden desarrollar agorafobia como consecuencias del temor a presentar crisis frente a otras personas.

Con respecto a la angustia como fenómeno generalizado (neurosis de angustia), la despersonalización que acompaña a la angustia se confunde con crisis epilépticas. La despersonalización por ansiedad se semeja al *jamais vu* o a alteraciones perceptuales que sugieren epilepsia. La despersonalización neurótica no se asocia habitualmente a alteración de la conciencia. La ansiedad y la despersonalización que forman parte de un síndrome ansioso comienza rápidamente pero no tan brusco como en las crisis epilépticas y el E.E.G. sólo posee escasas alteraciones. En las neurosis predominan los síntomas tensionales, los factores ambientales adquieren mayor relevancia, junto a una historia de síntomas neuróticos previos. La ansiedad generalizada neurótica se caracteriza por expectación ansiosa, apremio psíquico, inquietud, preocupación excesiva por hechos cotidianos, fatigabilidad, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño que afectan todas las actividades personales y sociales.

El epiléptico posee mayores índices de ansiedad que la población general. La ansiedad adquiere relevancia en el momento en que se diagnostica la enfermedad o ante situaciones reactivas frente a problemática familiar o social. También existe ansiedad previa a las crisis como un temor a la ocurrencia de éstas, lo que en algunos casos adquiere características de fobia ante ellas. En las formas epilépticas la angustia se presenta como aura o como la crisis focal misma, como se ha mencionado son breves, de comienzo brusco y a menudo cursan con alteración de la conciencia.

DESORDEN OBSESIVO COMPULSIVO Y EPILEPSIA

La aparición de ideas obsesivas asociadas a compulsiones origina dudas diagnósticas con crisis epilépticas. Las ideas obsesivas como formando parte de un trastorno obsesivo-compulsivo (T.O.C.) consiste en la aparición de ideas que el sujeto no puede rechazar, que lo agobian provocándole ansiedad y angustia. El sujeto intenta aliviarse mediante actos compulsivos y rituales obsesivos. Mediante la compulsión se obtiene un alivio solo transitorio de las molestias. Los rituales pretenden abolir o disminuir la aparición de ideas obsesivas. Todos estos síntomas y acciones son egodistónicas y se acompañan de importante disfunción social e individual.

Algunas crisis epilépticas, especialmente parciales simples o complejas, se asemejan a las ideas obsesivas y compulsiones, por lo que se debe efectuar su diagnóstico diferencial. Las crisis epilépticas provenientes de las zonas prefrontales y cinguladas presentan síntomas compulsivos e ideas obsesivas, aunque la frecuencia de éstas es baja. Poseen un comienzo brusco y se acompañan en algunos casos de alteración de la conciencia, además de cambios electroencefalográficos propios de las crisis epilépticas. En el T.O.C., por el contrario, las ideas y compulsiones están presentes por largos períodos dando origen a rituales sofisticados. Variaciones en los síntomas ocurren en T.O.C. mientras que en la epilepsia son más fijos y se acompañan de menor ideación o de continuas reflexiones acerca de lo absurdo de los síntomas que afectan al portador de T.O.C. (15).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (D.S.M. IV). Washington DC. American Psychiatric Association. 1994.
2. Chuaqui C, Dagnino J. Manual de Terminología Médica Latina. Santiago. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2000.
3. Echavarrí O, Gloger S, Rapaport E, Ortiz M, Gladic D, O Ryan F. Las relaciones interpersonales en el trastorno de pánico a través de una técnica proyectiva. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1991; 29: 283-290.
4. Carrion O, Bustamante G. Ataques de pánico y trastornos de fobia y ansiedad. Buenos Aires. Galerna. 2001.
5. Pollack M, Jordan W, Smoller J. The longitudinal course and outcome of panic disorder. Psychiat Clin North Am 1995; 18 : 785-801.
6. Otto M, Whittal L. Cognitive-behavior therapy and the longitudinal course of panic disorder. Psychiat Clin North Am Vol 1995; 18 : 803-820.
7. Mavissakalian M. The relationship between panic disorder/agoraphobic and personality disorder. Psychiat Clin North Am 1990; 13 : 661-684.
8. Gasto C, Vallejo S. Manual de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento en Psiquiatría. Barcelona. Masson. 2001.
9. Coyle PK, Serman AB. Focal Neurologic Symptoms in panic Attacks. Am J Psychiat 1986; 143: 648-649.
10. Genton P, Bartolomei F, Guerrini R. Panic Attacks Mistaken for Relapse of Epilepsy. Epilepsia 1995; 36: 48-51.
11. Perrine K, Congett S. Neurobehavioral Problems in Epilepsy. Neurol Clin 1994; 12: 129-151.
12. Solomon D. Course of Illness and Maintenance Treatments for Patients with Bipolar Disorder. J Clin Psychiatr 1995; 46:1.
13. Alper K, Nonpileptic Seizures. Neurol Clin 1994; 12: 153-173.
14. Devinsky O, Vasquez B. Behavioral Changes Associated With Epilepsy. Neurol Clin 1993; 11: 127-149.
15. Ivanovic-Zuvic F. Epilepsia. Psicopatología y Tratamiento. Santiago. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2001.

Tabla N° 1

Sintomatología Somática de la Angustia

Taquicardia	Dolor abdominal
Disnea o Ahogo	Inquietud psicomotora
Temblor	Exaltación de los reflejos
Bulimia	Hiperestesia, parestesias
Sequedad de boca	Midriasis o miosis
Cefaleas	Sudoración, sialorrea
Diarrea o constipación	Oliguria o poliuria
Vértigo o mareos	Contracción muscular
Congestión vasomotora	Palidez
Fatiga, debilidad muscular	Hiperventilación
Vómitos	Sensación de frío o calor

Tabla N° 2

Factores de Riesgo en la Crisis de Pánico

Presencia de agorafobia
 Presencia de fobias sociales
 Abuso de drogas y alcohol
 Comorbilidad médica
 Trastornos de la personalidad
 Disfunción familiar

Tabla N° 3

Etiologías Somáticas Asociadas a la Angustia

Abuso de drogas y síndrome de privación

Efectos laterales de fármacos

Levodopa
 Corticoides
 Aminofilina
 Indometacina
 Efedrina
 Anorexígenos

Desórdenes endocrinos

Hipertiroidismo, hipotiroidismo
 Hipoglicemia
 Feocromocitoma
 Hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo
 Síndrome de Cushing
 Insulinomas
 Síndrome premenstrual
 Menopausia
 Síndrome carcinoide

Desórdenes cardíacos

Taquicardia paroxística supraventricular

Angor pectoris
Síndrome de prolapso de la válvula mitral
Infarto del miocardio
Insuficiencia cardíaca
Hipertensión arterial
Enfermedades respiratorias
Asma bronquial
Embolía pulmonar
Enfermedad bronquial obstructiva crónica
Edema pulmonar

Desórdenes neurológicos

Crisis de isquemia transitoria
Crisis epilépticas parciales complejas
Demencia incipiente
Encefalopatías

Tumores intracraneales
Migraña
Enfermedad de Wilson
Esclerosis múltiple

Intoxicaciones

Cafeína
Anfetamina

Menopausia

Anemia

Estados de cansancio extremo físico

Disfunción vestibular

Colitis ulcerosa

Úlcera péptica