

Trabajos de Revisión

Eventos No Epilépticos (ENE): Una Revisión de la Literatura

Dra. Perla David G., Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

e-mail: dradavid@ctcinternet.cl

Castro Alejandro, Castro Ximena*, Moraga Héctor*, David Jesús**

** Técnicos Neurofisiología*

RESUMEN

Los Eventos No Epilépticos ENE son un problema médico de gran importancia por su evolución y pronóstico aún sin resolver. Su incidencia y prevalencia es desconocida. Su etiología es multifactorial y requiere una alta sospecha clínica a nivel primario, una evaluación y tratamiento en equipo con profesionales especializados ya que el costo individual, familiar y social es muy alto. Su repercusión en el funcionamiento, salud mental y riesgo vital por procedimientos invasivos de urgencia y su error diagnóstico pueden causar mortalidad.

Palabras claves:

ENE, Epidemiología, Diagnóstico, Tratamiento, Evolución

INTRODUCCION

Reseña Histórica

Los grandes neurólogos Europeos del siglo IX, además de los médicos Occidentales, consideraron psiquiátricos a los fenómenos epilépticos y normal-mente se relacionó a las instituciones para dementes con la epilepsia.

El reconocimiento de varios fenómenos ictales como reflejo de procesos neurológicos, y la aceptación de la epilepsia como un trastorno cerebral orgánico por Charcot en 1886, y los psicogénicos que fueron descritos y luego se introdujeron signos y síntomas histéricos, que fueron incluidos con los de carácter epiléptico, como los eventos ictales entre ellos. Todavía se encuentran las crisis histéricas clásicas ilustradas en los escritos de Charcot.

Los fenómenos paroxísticos no epilépticos son eventos de origen fisiológico o psicogénico. Estos son paroxísticos y son un diagnóstico muchas veces difícil de aclarar por lo que deben plantearse como un

diagnóstico diferencial frecuente e importante de tenerse presente.

EPIDEMIOLOGIA CLINICA

Incidencia y Prevalencia

No existe estadística fiable en la incidencia ni Prevalencia de las Crisis Psicogénicas (Ramsay, 1993). Lo que se sabe es que es tres veces más común en la mujer que el hombre (1985). Hay controversia acerca del predominio de crisis epilépticas entre los individuos con crisis del psicogénicas. Aunque la referencia terciaria centra el informe que una mayoría de pacientes con crisis psicogénicas que también tienen los crisis epilépticas, los médicos primarios encuentran esta relación rara vez (1985; Ramsay, 1993). Esta diferencia puede explicarse por el hecho de que los pacientes con crisis psicogénicas y epilépticas representan problemas de diagnóstico diferencial sumamente difíciles y, por consiguiente, deben ser enviado a los expertos.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Son eventos intermitentes involuntarios que se parecen las crisis epilépticas pero son psicológica-mente inducidos. Las crisis psicogénicas pueden tener ciertas manifestaciones características que ayudan diferenciarlas de las crisis epilépticas; por ejemplo, movimientos asimétricos de los miembros y movimientos de cabeza de lado-a-lado los (en lugar de bilateral simétrica tónica-clónica), los movimien-tos pelvianos, la postura del opistotonos, la falta del modelo estereotipado con los eventos repetidos, mientras hablan o gritan durante la crisis, la larga duración, y el involucrimiento bilateral sin deterioro de conciencia, o retorno súbito de conciencia que sigue a una crisis generalizada prolongada (Williamson 1993).

Pueden imitar exactamente eventos ictales epilépticos, incluso la dilatación pupilar, la incontinencia urinaria y fecal, el reflejo de Babinski, las lesiones de la lengua, etc. Por otro lado, eventos ictales que parecen no ser los neurofisiológicos dan cuenta de que no tienen los rasgos, pueden ser de vez en cuando de tipo epiléptico (el et de Saygi al 1992). Por consiguiente, puede ser sumamente peligroso hacer un diagnóstico de crisis psicogénica basándose exclusivamente en la descripción u observación del evento del Ictal.

Los estudios muestran que los epileptólogos experimentados se equivocan en distinguirlos entre los vídeos entre el 20% a 30% de los casos (del Rey al 1982).

CLASIFICACION

Se clasifican en fenómenos fisiológicos y psicogénicos. Los fisiológicos comprenden varios tipos. En la niñez reflujo gastro-esofágico, espasmos del sollozo, dolor abdominal recurrente, terrores nocturnos, hemiplejía alternante, crisis de masturbación infantil, vértigo paroxístico benigno, síndrome de QT largo, espasmos nutans, tics complejos, síndrome de Munchausen por poder, etc.

Desde el período puberal hacia adelante aparecen en forma especialmente importante el síncope, trastornos del movimiento, trastornos del sueño, trastorno isquémico paroxístico, migraña, fenómeno tóxico paroxístico, déficit neurológico agudo. Así como los trastornos psicogénicos (trastornos somato-morfos, disociativos, de ansiedad, síntomas facticios, psicóticos, de atención explosivo intermitente, condicionado comportamental y simulación).

En la niñez como en el resto de la vida además las crisis epilépticas pueden simular otro tipo de crisis, como las no epilépticas, entre las cuales las del lóbulo frontal, focales, ausencias simples y complejas.

Para hacer aún más compleja la interpretación se asocian crisis epilépticas y no epilépticas en un grupo de pacientes, simultáneas o posteriores a su tratamiento. Esto hace más complejo su diagnóstico diferencial, lo que puede llevar a serias consecuencias y deterioro del pronóstico cuando existe diagnóstico tardío o déficit de éste.

EPIDEMIOLOGIA DESCRIPTIVA DE LOS ENE

Los ENE psicogénicos son conductas que se presentan la mayoría en mujeres (80%) y lo hacen entre los 15 y 35 años (2). Los ancianos y niños pequeños pueden desarrollarlo. Los pacientes sus familias y la sociedad sufren un costo enorme, estos pacientes no tienen apoyo psiquiátrico o es inapropiado. Los ENE no tratados con FAE y muchos pacientes con ENE reciben FAE. Múltiples trabajos aportan antecedentes sobre lo inefectivo e inadecuado que es tratar los ENE. En muchos casos se someten a exámenes potencialmente peligrosos invadidos con terapias parenterales, medicación tóxica e intubación de emergencia. El diagnóstico del tratamiento son complicados del 10 a 30% de los casos y existe asociación de Crisis Epilépticas (CE).

Subdiagnóstico o subtratamiento de ENE

Como crisis epiléptica se estima que cuesta 110 a 920 millones USD que son gastados anualmente. Estudios de laboratorios repetidos, evaluaciones diagnosticas, FAE inapropiados y utilización de servicios de urgencia.

DIAGNOSTICO DE ENE

El primer paso es obtener el diagnóstico adecuado el cual es indispensable para una terapia adecuada.

La característica clínica de las CE y ENE se sobreponen, sin embargo, tienen signos clínicos claramente distinguibles como CE, ENE fenómenos subjetivos viscerales, sensoriales, o psíquicos, alteraciones en la responsabilidad y actividad motora convulsiva pueden estar presentes en ambos. Los ENE tienen asociados el VIDEO EEG con ritmo alfa en su registro, por lo que es crítico en el diagnóstico. En un solo estudio la prevención de la naturaleza de tipo epilepsia llega solo al 77% de los casos en neurología cuando se observan estos eventos sin acompañarlos del EEG. En una unidad con personal y neurólogo el diagnóstico se logra en un 80% de los episodios. La ocurrencia simultánea en un paciente complica el diagnóstico y el tratamiento. El diagnóstico se logra con una cuidadosa historia médica para identificar los diferentes tipos de episodios con anomalías de EEG. La anomalía del EEG no es la regla diagnóstica en crisis

epilépticas. Por ejemplo, los EEGs que muestran 'ondas agudas' o un paroxismo lento dan un pequeño soporte de ser crisis epilépticas. No solo los procesos psicopatogénicos que provocan ENE.

Los ENE están clasificados para diagnosticar bajo diferentes tipos en el DSM-IV incluyendo conversión, somatización, trastornos y un mucho menor porcentaje como trastornos facticios. Un diagnóstico de ENE es confirmado con una entrevista psiquiátrica que lo confirme para DSM IV y la historia psicosocial provee de datos diagnósticos críticos. Un estrés psicosocial (abuso psíquico o sexual, pérdida de una relación, estrés laboral, divorcio) son a menudo identificados pero puede tomar meses descubrirlo. Muchos pacientes con ENE presentan trastornos del ánimo (12 a 100%), ansiedad (11 a 80%), personalidad (33 a 66%), conversión o somatomorfos sin crisis (20 a 100%) y trastornos disociativos sin crisis (sobre 90 %), trastornos que ocurren asociados con el ENE primario, diagnóstico de trastornos de conversión, somatomorfo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las crisis Psicogénicas, no epilépticas, son alteraciones paroxísticas de la conducta o experiencias que imitan crisis epilépticas, pero que no van asociadas con actividad epileptiforme específica electrográfica ictal.

RECOMENDACIONES TERAPEUTICAS Y CONCEPTO

Los hechos sobresalientes comunes en los pacientes con ENE hacen concluir el tratamiento, requieren asesoría biopsicosocial (Rever y Outlines).

Estado neurológico, psiquiátrico, social, y problemas interpersonales.

Bowman recomienda la intervención neurológica, exploración y explicación precisa para el tratamiento sin abandono. La idea es que el neurólogo explore los estresantes que pueden contribuir al ENE y piense que la crisis tiene compromiso sociológico cuanto antes (disfunción familiar, abuso sexual o traumático).

Rusa divide los pacientes con ENE en 6 grupos: Ansiosos, Osados, Personalidad Borderline, Somática, Distímica-Depresiva, Retardo Mental.

Rusch publica 64% (21 de 33 de los pacientes libres de eventos entre el segundo y el 30 mes de tratamiento.) El grupo ansioso responde a la terapia cognitiva y procedimientos basados en la exposición. El grupo con personalidad borderline requiere tratamiento multifacético dirigido a su disfunción personal. Para el grupo osados la terapia basada en la exposición es la más efectiva. El grupo que responde a la psicoeducación y psicoterapia personal orientada es la somatización. El grupo depresivo la terapia cognitiva conductual y el de retardo mental con reforzamiento conductual. Ninguno tiene buen pronóstico en la actualidad.

Gates sugiere que le tratamiento psiquiátrico empeora con la cronicidad y que la terapia de corto término con menos de 6 meses y más intensiva dirigida al paciente, terapia de mantenimiento con retroalimentación y con psicoterapia tiene mejor pronóstico. Las diferencias pueden deberse a las características de cada grupo.

Sobre la base de las investigaciones clínicas y en la literatura se sugiere:

1. Diagnóstico precoz, EEG-Video en sospechosos, refractariedad de crisis o fármaco resistencia.
2. Forma de presentación, evolución arrastrada, diagnóstico ambiguo, orientación familiar y seguimiento.
3. Tratamiento psiquiátrico (factores predisponentes y como actividad psiquiátrica) crisis factores precipitantes y perpetuantes, fármaco terapia y/o psicoterapia. Reducir dosis de FAE, usos de psicofármacos, tratamiento de la depresión, ansiedad, o trastorno psiquiátrico. La psicoterapia inicial con educación al paciente y su familia son muy importantes.
4. En los casos recientes la educación puede resolver el problema con otros tratamientos terapia cognitiva, psicoterapia conectada a si mismo o hipnosis, psicoterapia familiar con tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y siempre la combinación es el mejor tratamiento.

CONCLUSIONES

La localización neurológica de la lesión se obtiene por la convergencia de signos y síntomas. Las causas de ENE son diversas no se encuentra una sola lesión anatómica o sociológica se acompañan en casi todos los casos, se necesita más de un tratamiento. Resulta de una compleja interacción entre trastornos

psiquiátrico, estrés, estilos disfuncionales y vulnerabilidad del Sistema Nervioso Central.

Se ayuda al paciente identificando factores estresantes subyacentes y dando apoyo psicoterapéutico, pero habitualmente es insuficiente. Los estudios que identifican diagnósticos en pacientes con ENE lo hacen con tres trastornos: depresivo mayor, de estrés post traumático y de personalidad caracterizada por impulsividad y hostilidad. La desregulación del Sistema serotoninérgico que está implicada en la psicobiología de este, las tres áreas críticas adicionales de disfunción son: regulación emocional, dinámica familiar y discapacidad y/o cesantía. La pobre respuesta al tratamiento puede estar relacionada con la alta comorbilidad psiquiátrica y el estrés psicosocial. Se requiere combinar educación psicosocial, psicoterapia, farmacoterapia y eliminación de FAE inefectivos. Neurólogos y psiquiatras deberían en forma conjunta guiar el estudio y tratamiento. Un estudio básico puede afectar de mayor forma cualquiera de estos campos e interactuar. El tratamiento requiere meses o años como la aceptación y la asimilación de los aspectos psicogénicos por parte del paciente y su familia de su enfermedad.

PRONOSTICO

Mejoran el pronóstico: Tener amigos, apoyo familiar, tener autonomía, aceptar el ENE, tener habilidad emocional, motivación para recuperarse, no tener discapacidad, inicio del ENE menor de un año, tener un precipitante específico, CI normal, tratamiento psiquiátrico formal personal y familiar, ausencia de epilepsia, vida independiente, electroencefalograma normal, no tener psicoterapia previa.

Empeoran pronóstico: Desarrollo social caótico, larga duración, más de 2 años, somatización persistente, ganancias, familia con crisis y trastornos psicológicos, litigio, incesto, violencia, dinámica familiar o marital inadecuada, enfermedad, sin precipitantes, sexo masculino, epilepsia, extensa historia de enfermedades psiquiátricas y falla del tratamiento.

DISCUSION: ESTUDIOS CLINICOS DEL ENE TRATADO EN LA LITERATURA

No existen estudios controlados randomizados de tratamientos para el ENE.

En Publicaciones Médicas desde 1966 a la fecha, buscando en 11 revistas científicas y utilizando 11 palabras claves para el ENE; ejemplo: ENE, pseudocrisis, crisis psicogénicas, conversión y epilepsia, se encuentran sobre 500 artículos; 200 son trabajos, 95 revisiones y 4 libros. 80 menciones de tratamiento. Arman revisó 20 publicaciones (análisis retrospectivo de pequeñas series no controladas entre 1960-1989); sólo 10 hacen foco en factores pronósticos o intervenciones dando puntos de vista divergentes en la historia natural, pronóstico, valor de psicoterapia, medicamentos psicotrópicos y otras intervenciones. Hace más de un siglo que está claramente identificado y aún se necesitan estudios controlados sobre tratamiento en una condición de alto costo y discapacitante.

TRATAMIENTO: TEORIAS SOBRE EL TRATAMIENTO DEL ENE

La ausencia de actividad epileptiforme durante el ENE demostrando un modelo de disociación funcional y neuroanatómica con FAE que no tratan el ENE y algunos con antidepressivos, anti ansiosos y anti psicóticos, y otros, técnicas de relajación pueden tratar comorbilidad e indirectamente mejorar el ENE, su frecuencia o severidad. Desde el punto de vista psicodinámico está aún sin resolver cómo comienza, se gatilla y se aumenta el ENE con las emociones, el dolor por un trauma, el abuso o las pérdidas. Los eventos funcionales como primarios pueden ser defensa psicológica contra la emoción, aliviando el dolor para dejar en la inconsciencia o en la superficie aparentemente no estresada al paciente. Los conductistas piensan que es un trastorno gatillado en su despertar por estímulos que intensifican el sistema autonómico. Estos pueden ser desarrollados por agentes estimulantes o memoria emocional traumática. La teoría familiar habla de una comunicación disfuncional y de errores en el paciente con ENE, con una ganancia importante por largo tiempo que es obtenida desde su familia que está emocionalmente comprometida. Los tratamientos basados en esto muestran pronósticos pobres.

La literatura revela un alto rango de variación en los porcentajes en los pronósticos según variedades de psicoterapia (tabla 1). Estos pacientes tienen generalmente pobres respuestas, pero los niños y adolescentes tienden a tener mejor respuesta que los adultos. En un estudio el pronóstico fue significativamente mejor en jóvenes entre 1, 2 y 3 años después