

# Trastornos Paroxísticos No Epilépticos

Perla David

Neuróloga Infantil, Profesor Agregado Facultad de Medicina Universidad de Chile

## RESUMEN

Los Trastornos Paroxísticos No Epilépticos (TPNE) son un conjunto de fenómenos en los que hay una alteración transitoria de las funciones neurológicas. La alteración de las funciones neurológicas es brusca e inesperada y puede afectar al estado de alerta y conexión con el medio, a la conducta social o a las funciones motoras, sensitivas o sensoriales. Se efectúa una revisión de los TPNE más frecuentes y su aproximación diagnóstica por su importancia clínica.

## ABSTRACT

*The Paroxistics not Epileptic events (TPNE) are an assembly of phenomena in which there is a transitory alteration of the neurology's functions. The alteration of the neurology's functions is abrupt and unexpected and can affect to the state of alert and connection with the middle, to the social conduct or to the sensitive, motor functions or sensorial. A revision is performed of the TPNE more frequent and its approximation diagnostic by its clinical importance.*

**Key word:** *Clinical manifestations, diagnostic importance*

Los TPNE constituyen un grupo muy heterogéneo de sucesos, que aparecen con mucha frecuencia durante la infancia y la mayoría son de naturaleza benigna y no suelen precisar tratamiento médico. Hay multitud de causas no epilépticas que son de origen cerebral pero no "eléctrico". Este grupo de fenómenos se asemejan y con frecuencia se confunden con los trastornos epilépticos. Entre un 10% y un 21% de los niños con TPNE son remitidos a centros especializados en epilepsia por error diagnóstico. Los TPNE tienen una prevalencia del 10 a 20% en la población infantil, muy superior a la epilepsia. En la práctica esto significa que constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta al especialista en Atención Primaria, Urgencias y Neurología, ya que los TPNE pueden ocurrir a cualquier edad, pero un gran número

de ellos se dan exclusivamente en la edad infantil con marcada dependencia de la edad.

Una minoría de TPNE plantea serias dificultades de diagnóstico diferencial con la epilepsia y requieren estudio especializado. Los TPNE son los eventos que con mayor frecuencia se plantean como diagnóstico diferencial de crisis epilépticas, siendo su reconocimiento de suma importancia en la práctica pediátrica, por esta razón el neurólogo debe efectuar difusión de estos fenómenos a estos especialistas.

## DEFINICION

Grupo de eventos que se presentan en forma generalmente brusca, de breve duración, con o sin pérdida de conciencia, con o sin trastornos motores asociados, con o sin alteraciones autonómicas, que habitualmente son originados en una disfunción cerebral de origen diverso y que tienen en común el carácter excluyente de no ser desencadenados por la actividad neuronal excesiva y anormal. Los TPNE tienen una prevalencia estimada en la población infantil del 10 al 20% en su conjunto, pero se ignora en forma precisa el porcentaje que corresponde a cada uno de ellos.

## CARACTERISTICAS CLINICAS

Las manifestaciones clínicas son las de un evento de inicio brusco que puede incluir alteraciones de la conciencia, fenómenos motores, sensoriales, autonómicos o psíquicos, percibidos por el paciente o por un observador, que es a veces difícil de diferenciar de un Trastorno Paroxístico de naturaleza Epiléptica.

## EPIDEMIOLOGIA

Si consideramos que la epilepsia tiene una prevalencia del 1% y se estima que el 1% de los niños menores de 15 años tendrán en algún momento de su vida una crisis epiléptica, la consulta por estos episodios es mucho más frecuente que la epilepsia y potencial-

mente pueden ser tratados como epilepsia.

Su importancia es que siendo episodios habitualmente benignos producen gran angustia familiar y en el medio que se producen, por su espectacularidad y curso clínico más o menos estereotipado y cese espontáneo, y por considerar demasiado los antecedentes personales o familiares de crisis febriles o de epilepsia pueden confundirse con crisis epilépticas.

### Diagnóstico

El diagnóstico es esencialmente clínico y se basa en una historia cuidadosa que contemple el período previo a la aparición y las circunstancias que rodean al evento.

### Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial entre estas dos entidades es de suma importancia. El error diagnóstico tiene un alto costo social por la angustia originada en el paciente, la familia y el entorno, la toma de medicación durante años de fármacos no exentos de efectos adversos y las limitaciones en juegos y en la vida cotidiana.

### CLASIFICACION

#### 1. TPNE que ocurren en enfermedad sistémica:

- a) Trastornos Metabólicos: hipoglucemias, hipocalcémias.
- b) Trastornos Gastrointestinales: reflujo gastroesofágico, cólicos.
- c) Trastornos Respiratorios: apneas, Apparent Life Threatening Event (ALTE).
- d) Afecciones Cardíacas: crisis de anoxia en la tetralogía de Fallot, arritmias.
- e) Intoxicaciones.

#### 2. TPNE por una hipoxia cerebral:

- a) Espasmos del sollozo: pálidos o cianóticos.
- b) Síncopes: de mecanismos vasovagal o cardiogénico.

#### 3) TPNE que ocurren durante el sueño:

Parasomnias en general y otras disfunciones que ocurren durante el sueño.

#### 4) TPNE por trastorno del movimiento:

Mioclónías, distonías, ritmias motoras, hiperplexia.

#### 5) TPNE por cefaleas y cuadros vertiginosos

#### 6) TPNE por trastornos del comportamiento

Los TPNE más frecuentes por edad son:

##### *Recién nacidos hasta los tres años*

Temblores y mioclónías mentonianas, eventos de aparente amenaza a la vida y espasmos del sollozo.

##### *Tres a seis años:*

Pesadillas, terrores nocturnos, rabiets y vértigo paroxístico.

##### *Seis a doce años:*

Síncope, crisis de pánico, parasomnias, tics nerviosos, migraña e intoxicaciones, Hiperventilación, Pseudocrisis.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se basa en una anamnesis minuciosa y detallada. Es el elemento esencial del diagnóstico. La historia debe obtenerse, de ser posible, de quien hubiera presenciado el episodio y a la menor brevedad para evitar olvidos en la secuencia del mismo.

**Hay que establecer:** Circunstancia de presentación, causas desencadenantes, características principales del episodio, existencia de alteraciones de conciencia, síntomas asociados, duración y recuperación posterior. Hay que tener en cuenta que la pérdida de conocimiento, los movimientos involuntarios o la incontinencia de esfínteres, pueden estar presentes tanto en los TPNE como en las crisis epilépticas. Dentro de los antecedentes personales, no deben sobre valorarse los antecedentes patológicos perinatales ni de convulsiones febriles.

El examen neurológico suele ser en ambas situaciones normal y de presentar alteraciones hará difícil el diagnóstico diferencial. Los antecedentes familiares deben ser considerados con cautela, ya que hay tendencia a asociar el trastorno paroxístico que se está analizando con los antecedentes de epilepsia o de convulsiones febriles en los familiares.

### Exámenes de laboratorio

En la mayoría de los pacientes el diagnóstico es clínico y no hay necesariamente que realizar exámenes complementarios. Ciertos tipos de crisis epilépticas

pueden simular TPNE, como las crisis del lóbulo frontal, las crisis parciales del lóbulo temporal, las ausencias y las crisis epilépticas desencadenadas por factores específicos como la lectura y la escritura. De los exámenes que pueden ayudar, se destacan los estudios neurofisiológicos.

El electroencefalograma, el registro polisomnográfico y el video monitoreo electroencefalográfico. Estos estudios se solicitan de acuerdo a la circunstancia clínica.

### Tratamiento

Los TPNE más frecuentes, como los espasmos del sollozo, síncope, rabetas o parasomnias, no requieren tratamiento medicamentoso sino medidas higiénico dietéticas. Los TPNE son episodios que muchas veces tienen en su base alteraciones de la personalidad del niño y del medio familiar.

Pueden ser tratados por su médico pediatra, quien conoce y realiza el seguimiento de este núcleo familiar.

## 2. TPNE DE ORIGEN HIPOXICO

### Síncope

Son frecuentes, en ocasiones de aparición atípica, y llevan a la sospecha de una crisis epiléptica. El Síncope es un síntoma y no una enfermedad. Consiste en una pérdida de conciencia transitoria que se acompaña de pérdida del tono postural. Es un problema corriente en la adolescencia, no por ello puede afirmarse su benignidad y el primer objetivo a cubrir es la distinción entre síncope benigno y maligno. Se distinguen diversos tipos de síncope según su circunstancia de aparición y su mecanismo. La problemática es totalmente diferente en el niño, adolescente, adulto y el anciano.

### Tipos de Síncope

Vaso-vagal (frente a una maniobra de valsalva), situacional (al ver sangre en punción venosa), intensas emociones (presentaciones de artistas), seno carotídeo (compresión de cuello), ortostático (por estar de pie en forma prolongada).

El síncope situacional suele persistir durante años (por ejemplo, marearse al ver sangre) otros suelen ser una parte de la vida (síncopes vaso-vagales típicos del adolescente).

Los síncope no son raros en situaciones de convalecencia, fiebre, insolación, diarrea o vómitos profusos.

### Manifestaciones clínicas

Por lo general el sujeto palidece y suda, tiene sensación de que se le va la cabeza y la vista se le nubla (signo de la cortina), cayendo al suelo a continuación. Puede golpearse brutalmente, ya que no tiene reacción de defensa y si tiene la vejiga llena, puede orinarse, así como tener sacudidas clónicas. Es fundamental el estudio cardiológico en el síncope ya que puede existir una patología cardíaca no detectada. El Electrocardiograma (EKG) no suele ser positivo en más de un 5% (en el adulto). El Electroencefalograma (EEG) es aún menos resolutivo, no superando su rendimiento un 2%. La pauta más adecuada es obtener una anamnesis lo más detallada posible, centrándose en los pródromos, la situación en que ocurrió y si tuvo un período postcrítico prolongado.

El mecanismo de la mayoría de estos procesos es un baroreflejo inapropiado. Un sujeto predispuesto que está de pie cierto tiempo, tiene tendencia a la disminución del retorno venoso por acúmulo de sangre distal. Esta falta de flujo tiende a ser corregida mediante un aumento del tono simpático, con descarga de adrenalina y aceleración del ritmo cardíaco. Esto estimula los baro receptores cardíacos aferentes al núcleo dorsal del vago y desencadena el reflejo de Bezold-Jarich, con descarga colinérgica, con bradicardia, bajo gasto cardíaco e hipoperfusión cerebral que da lugar al síncope. Por lo general el síncope en la infancia rara vez precisa otro tratamiento que el Higiénico. En ocasiones de recurrencia alta, pueden utilizarse los betabloqueadores específicos cardíacos, como el Atenolol. Es raro que tengan que tratarse los ortostatismos como en el adulto, aumentando la retención de líquidos mediante la administración de fluorohidrocortisona 0.1 mg cada 12 horas.

Para el diagnóstico definitivo del síncope es fundamental la valoración cardiológica, que en caso de sospecha mayor será exhaustiva (Ecocardiograma, Electrocardiograma, Tilt-test). La valoración neurológica y las pruebas complementarias en el niño suelen dar resultados anodinos.

*Espasmos del sollozo cianóticos:* Es un problema de la primera infancia que afecta a niños entre los 6 y 18 meses de edad, en los que se produce una apnea prolongada en espiración, acompañada de cianosis

progresiva y da lugar a un síncope por un mecanismo similar al de la maniobra de valsalva. El niño queda flácido, pierde conciencia y es seguido en ocasiones por un breve período de rigidez. El EKG durante el episodio muestra que la apnea se asocia a taquicardia, seguida por bradicardia.

*Espasmos del sollozo pálidos:* Suelen estar inducidos por pequeños traumatismos inesperados, generalmente golpes casuales en la cabeza. El mecanismo es el paro cardíaco transitorio en personas con tendencia a una respuesta excesiva de tipo vago tónico de tipo familiar. Se acompaña la pérdida de conciencia y de varias sacudidas clónicas en las extremidades.

### 3. TRASTORNOS DEL SUEÑO

#### **Parasomnias**

Son fenómenos que ocurren paralelos al sueño y son muy frecuentes durante la infancia, y se caracterizan por trastornos motores.

#### **Mioclónías**

Son movimientos súbitos bruscos de corta duración que afecta las extremidades y pueden acompañar a los sobresaltos del sueño con una sensación de caída al vacío a mayor edad del niño.

#### **Terrores Nocturnos**

Aparece en sueño N-REM entre los 18 meses y los 5 años y se presenta en las primeras horas del sueño. Las características de actividad automática con gritos y descarga vegetativa, sin despertarse y sin reconocer a los padres sin recuerdo del mismo al día siguiente.

#### **Pesadillas**

Se presentan en niños con sueño con contenidos angustiosos que despiertan durante la fase REM del sueño, en la segunda mitad del sueño nocturno. Cuando afecta a niños mayores pueden contarlos.

#### **Sonambulismo**

Es una diambulación nocturna inconsciente, recidivante, no estereotipada, que no deja recuerdo. El episodio dura unos minutos y se repite dos o tres veces por semana. Tiene gran predisposición familiar y afecta a niños entre los 6 y 12 años o más. A veces se presenta como sonambulismo-terror, consistiendo en accesos estereotipado seguido de terror, que se producen a diario y se acompañan de fobia y ocurren en la adolescencia.

#### **Somniloquia**

Es una de las parasomnias más frecuentes y consiste en hablar dormido, pudiendo hacerlo en forma espontánea y respondiendo preguntas si se las hacen durante el sueño.

#### **Ritmias motoras (head banging)**

Es un balanceo de la cabeza y/o del tronco lento y rítmico, cuando el niño se dispone a dormir (fase NREM), golpeándose contra la cama. Aparece a los 2 años y puede durar hasta la adolescencia. Aunque se puede asociar a trastornos de la conducta, suele aparecer en niños sanos.

#### **Sobresaltos hípnicos**

Son Mioclónías aisladas, no repetitivas que afectan las extremidades, sobre todo, produciendo sensación de caída al vacío. Se deben diferenciar de los movimientos periódicos del sueño (MPS) que son más frecuentes en los adultos, y ocurren en la fase NREM, caracterizándose por dorsiflexión del pie con extensión del primer dedo.

#### **Jactatio Capitis Nocturno**

Movimientos periódicos antes del sueño.

#### **Parálisis periódica del sueño**

Se presenta por despertar en sueño REM con atonía y por esto con imposibilidad de movimiento excepto músculos respiratorios y oculares. El paciente no puede hablar ni moverse, es por esto muy angustioso y se presenta en forma ocasional de preferencia en mujeres desde la adolescencia en forma aislada.

#### **Narcolepsia**

Es excepcional en la infancia y debe recordarse que consta de la tetraada: Hipersomnia, pérdida de tono catapléjica, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas.

#### **Sñar despiertos**

Niños que tienen 'ausencias', cayendo en este estado de ensoñación los chicos muy imaginativos o que se aburren en clase.

En caso de duda de crisis, un EEG de sueño Polisomnografía Nocturna Extendida y Test de Latencias Múltiples al día siguiente de la polisomnografía para despejar las dudas diagnósticas teniendo el examen nocturno como patrón control.

#### 4. TRASTORNOS PAROXÍSTICOS DEL MOVIMIENTO

Lo constituyen un grupo de trastornos del movimiento que se inician en la infancia, con actitudes distónicas y/o movimientos coreoatetósicos súbitos que suelen ser más frecuentes en varones y cuyas crisis no suelen interferir con la vida cotidiana.

##### **Conductas Motoras Normales Exageradas**

*Mioclónías focales del insomne:* Son sacudidas del músculo cansado durante el sueño y son más frecuentes en niños mayores y adultos.

*Respuesta exagerada a la sorpresa:* Son movimientos súbitos, generalizados frente a un estímulo sensorial inesperado y paroxístico.

*Temblores o tremulaciones del neonato:* Fenómenos desencadenados por el llanto o la manipulación, aparece en los primeros días de vida, es un temblor de alta frecuencia en las extremidades o el mentón que desaparece al inmovilizar la zona afecta. Aunque no suele esconderse patología, a veces se asocia a encefalopatía hipóxico-isquémica o a síndrome de abstinencia por retirada de fármacos a la madre. Suelen desaparecer antes del año de edad. A edades superiores a la del neonato, existe temblor del mentón y del velo del paladar que presentan de forma intermitente, que son de carácter benigno y que ceden espontáneamente. El del mentón es transmitido con carácter autonómico dominante y el del paladar produce un sonido audible en ocasiones.

##### **Trastornos del Movimiento Transitorios**

*Tics Nerviosos:* Movimientos involuntarios, parcialmente controlables, que aumentan con la atención nerviosa y ceden con el sueño, compromete musculatura facial en forma de gestos reiterados y movimientos cervicales, de tronco y extremidades con apariencia de estar destinados a un objetivo pero se reiteran sin cumplir objetivo funcional, aumentando su número con el stress.

##### **Trastornos del Movimiento de carácter Benigno y Transitorios**

*Crisis de Estremecimiento o Sudderin Spells:* Son crisis de temblores de la musculatura axial asociados a la flexión de la cabeza y del tronco, con temblor de cabeza, se presenta en accesos breves y frecuentes, sin trastorno de conciencia y desencadenados por frustración.

*Mioclónía benigna del lactante:* Se presentan como sacudidas de la cabeza y extremidades superiores y provocan flexión o rotación de la cabeza con extensión y abducción de brazo, simulando un espasmo infantil, aparece entre los 4 y 9 meses.

*Mioclono nocturno neonatal benigno:* Se presentan sacudidas en flexión de tres a cinco segundos y durante 20 a 30 minutos con compromiso de extremidades solamente y con carácter rítmico, arrítmico o multifocal, sin compromiso de cara ni tronco.

*Distonía Paroxística Transitoria del Lactante:* El lactante presenta crisis de opistotonos durante minutos u horas, con aumento del tono muscular y torsión de extremidades. Se presenta diariamente con períodos asintomáticos, generalmente entre los 3 y 5 meses de vida, y remite entre los 9 y 24 meses.

*Tortícolis Paroxístico Benigno:* Se caracteriza por episodios de tortícolis no dolorosa con o sin afectación del tronco y con cambio de Lateralidad de los episodios. Puede asociarse a vómitos, ataxia o movimientos de los ojos. La ataxia es común especialmente en el lado del ataque. Se presenta varias veces al mes con duración de horas a semanas, durante el primer año de vida y desaparece espontáneamente al segundo o tercer año.

*Desviación Ocular Paroxística Benigna del Lactante:* Desviación tónica ojos hacia arriba, de forma mantenida durante horas o de forma intermitente por períodos de 2-8 segundos. Cuando el paciente intenta mirar hacia abajo los ojos presentan sacudidas. Desaparece durante el sueño y no está limitada la visión lateral. El proceso debuta entre los 6 y 24 meses de vida y desaparece de forma espontánea en 1 a 2 años. Responde bien al tratamiento con L-Dopa.

*Ritmias Motoras:* Son un grupo de conductas motoras repetidas que presentan los niños de forma rítmica, persistente y de presentación no paroxística.

*Head Banging:* Se presenta durante el primer año de vida en niños cuando se van a dormir y consiste en golpes de la cabeza contra la cama en forma repetida y en ocasiones bruscas.

*Body Roking:* Se presenta sobre todo en niños con retraso mental o déficit sensorial, pero también en niños normales. En el primer año de vida y cuando el niño esta sentado realiza movimientos anteropos-

teriores o laterales del tronco y/o de la cabeza en forma rítmica.

*Hiperekplexia. Enfermedad del Sobresalto o Startle:* Es un trastorno que se hereda de forma autosómica dominante con penetrancia completa y diferente expresión; aunque existen formas esporádicas y algunas asociadas a patología de base. El gen se localiza en el cromosoma 5 y el fallo es una mutación a nivel del receptor de la glicina. Se caracteriza por una respuesta exagerada a estímulos, visuales o somatosensoriales. Existen dos formas de presentación: *Hiperekplexia Neonatal Mayor:* Se presenta en período neonatal, cursa con rigidez muscular generalizada, Mioclonías nocturnas, posteriormente marcha insegura, sobresaltos con caída y en ocasiones pérdida de conciencia. En procesos graves pueden existir apneas en la fase tónica y riesgo de muerte.

*Hiperekplexia Neonatal Menor:* Se caracteriza sólo por sobresaltos. La rigidez muscular generalizada desaparece en forma progresiva los primeros años de vida. La flexión masiva de la cabeza y las piernas sobre el tronco controla los episodios. El EEG es normal. El tratamiento de elección es el clobazam.

*Coreatetosis Paroxística Sinérgica:* Autosómica dominante, recesivo o esporádico con movimientos coreatéticos, compromiso musculatura axial y extremidades por segundos desencadenados con movimientos voluntarios bruscos, con conciencia conservada.

*Distonía Paroxística Familiar:* Los episodios de distonía se inician en la infancia a veces de forma precoz, duran minutos u horas y tardan en repetirse días o semanas. Los movimientos suelen ser bilaterales y pueden asociar dolor abdominal o torácico. Las crisis se desencadenan por chocolate, emociones, fatiga, frío. El tratamiento de elección es el clonazepam y el oxacepan.

*Distonía o Coreoatetosis Paroxística Familiar tipo Mount y Reback:* Los episodios de distonía se realizan en la infancia en forma precoz, duran minutos u horas y tardan minutos en ceder espontáneamente. Es autosómica dominante con penetrancia incompleta y se desencadena con el frío, la fatiga y el chocolate.

*Distonía o Coreoatetosis distónica paroxística cinésigena:* Autosómica dominante con penetrancia incompleta, se desencadena por movimientos volun-

tarios ocasionando coreoatetosis en extremidades y musculatura axial durante minutos.

*Vértigo Paroxístico:* Se caracteriza por ataques recurrentes de vértigo que afectan igual a niños que niñas entre 1 y 5 años. Los eventos ocurren de forma brusca y autolimitada, desapareciendo en pocos minutos. El niño siente de pronto una intensa sensación de giro del entorno y corre a buscar refugio en el adulto, agarrándose a él fuertemente y enterrando la cabeza en su hombro o sus piernas.

*Ataxia familiar recurrente o episódica:* Vértigo benigno y ataxia recurrente. Herencia dominante o ligada al cromosoma x.

*Migraña Basilar:* Cefalea con afectación de pares craneales y signos cerebelosos (vestibulares asociados a trastornos visuales) atribuibles a compromiso de territorios irrigados por las arterias cerebrales posteriores

*Migraña confusional:* Es un tipo poco frecuente de migraña que habitualmente pero no siempre sigue a un traumatismo craneoencefálico. Se presenta fundamentalmente como un estado confusional agudo con una cefalea poco importante. Puede asociarse a signos neurológicos y en unos pocos la amnesia domina la clínica, raros casos se asocian a coma.

## 6. TPNE POR TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

*Rumiación:* Durante el episodio el niño presenta hiperextensión de cuello, deglución repetida y protrusión de lengua. Es secundaria a problemas esofágicos o afectivos

*Descontrol Episódico o crisis de rabietas:* Son ataques de furia incontrolable motivada por leve frustración o capricho y se manifiesta con llanto, grito o agitación psicomotora con somnolencia posterior.

*Autoestimulación, onanismo o crisis masturbatorias:* Más frecuente en niñas durante la lactancia, se caracteriza por posición en prono, frotándose enérgicamente los genitales contra el colchón con piernas cruzadas, contra un objeto o una persona. Las crisis se asocian a agitación, enrojecimiento facial, sudoración, jadeo, mirada perdida, relajación muscular y sueño. Cede al sacarla de la posición y distraer la paciente.

*Síndrome de Hiperventilación:* Es frecuente en adolescentes mujeres. Se caracteriza por la presencia de respiraciones frecuentes y profundas de forma prolongada, generalmente en situaciones de ansiedad y da lugar a una situación de hipocapnia con alcalosis respiratoria que provoca fenómenos vegetativos y motores con calambres musculares, dolor torácico, disnea y sensación vertiginosa. La presencia de este tipo de problemas suele reflejar un estado de ansiedad generalizado

*Síndrome de Münchausen:* Es una forma de maltrato de los hijos por los padres quienes tienen el poder, y habitualmente se caracterizan por múltiples consultas en diversos centros de atención médica por síntomas que habitualmente relatan se presentan en el hogar, estando el menor al cuidado de el adulto abusador quien es el único observador de estos síntomas recurrentes. Representa un desafío diagnóstico que debe tenerse presente especialmente cuando la madre o el padre presentan signos sugerentes de patología psiquiátrica.

*Ataques de Pánico (crisis de angustia):* Se presenta en forma súbita y se caracterizan por temor a la muerte con palpitaciones, vértigo, disnea, sudor, náuseas, opresión torácica y parestesias que pueden presentarse en ambas extremidades superiores o hemicuerpo. Pueden ir asociadas a fenómenos de despersonalización y habitualmente se presentan en forma más frecuente en mujeres jóvenes y adolescentes con gran angustia sudoración.

*Pseudocrisis o crisis No Epilépticas:* Son frecuentes en pacientes que presentan epilepsia en forma con-

comitante, se presentan en niñas que han sufrido de abuso, se manifiestan con formas estereotipadas con movimientos pélvicos frecuentes, cuando la paciente se encuentra en público y existe habitualmente situaciones gananciales con estas crisis que normalmente son de tipo generalizado con manifestaciones espectaculares; su frecuencia es mayor en mujeres, son crisis de más difícil tratamiento que las epilépticas, habitualmente psicogénicas y de mal pronóstico terapéutico. Requieren tratamiento de soporte psiquiátrico personal y familiar.

#### REFERENCIAS

1. Pérez J. Trastornos paroxísticos no epilépticos 2003 BSCP Can Ped 27: 1; 25-35.
2. Castro-Gago M Novo MI, Eiris J. Trastornos paroxísticos y síntomas episódicos en relación con el sueño. An Esp Pediatr 2001 (supl 4)193-202.
3. Eiris J, Rodríguez-Núñez, Castro-Gago. Trastornos paroxísticos secundarios a anoxia-hipoxia cerebrales. Pediatr Cardiol 2000;21:522-531.
4. Ivanovic-Zuvic F. Diagnóstico diferencial de las crisis de angustia. Revista Chilena de Epilepsia 2002 3:1;18-26.
5. David P., Moraga H. Síncope: Diagnóstico diferencial con epilepsia 2002 3:1;38-43.
6. David P, Castro A, J Castro, Moraga H, David J. Eventos no epilépticos: Una revisión de la literatura. Revista Chilena de Epilepsia 2003;4:1.55-58.
7. Fuentes A, Fuentes M. Crisis no epilépticas en epilepsia intratable. Revista Chilena de Epilepsia 2004 4:1.16-19.