

Diagnóstico diferencial entre crisis epiléptica y crisis histérica

Christian Enrique Schnake Ferrer

Psicólogo

Fundación San Vicente de Paul

Santiago, Chile

Verónica Bennett

Universidad de Santiago, Chile



Ver Perfil del autor

Artículo Publicado el 26 de noviembre de 2003

Resumen

El presente trabajo intenta dar una visión global sobre la epilepsia y realizar un diagnóstico diferencial con crisis convulsivas histéricas. No pretendemos entrar a detallar las múltiples crisis existentes en el ámbito médico, sino dar una visión general, necesaria para un psicólogo clínico que puede necesitar diferenciar una crisis convulsiva de una epiléptica. En este trabajo trataremos de dar las herramientas clínicas para poder hacer esta diferenciación, pero no queremos dejar de señalar que para tener un diagnóstico diferencial verdaderamente útil, estas características clínicas deben acompañarse de los exámenes médicos pertinentes (EEG).

Historia de la epilepsia

Las crisis epilépticas han confundido al hombre durante años. Las primeras referencias que se poseen sobre epilepsia provienen de Egipto (300 A.C.) y de Mesopotamia (1700 A.C.). En el Egipto faraónico, la epilepsia fue considerada como una enfermedad "misteriosa y sobrenatural". Como prueba de este conocimiento se encuentra en el "Edwin Smith Surgical Papyrus" (1700 A.C.), copia de un papiro del año 3000 A.C., en el que en varias ocasiones se citan "convulsiones provocadas por la estimulación de las heridas de la cabeza".

En la Grecia de Pericles surgió Hipócrates (400 A.C.), quien rechazó completamente la concepción que se tenía de la enfermedad en su obra "De Morbo Sacro", donde se lee: *"El origen del denominado mal sagrado no es más sagrado, ni más divino que el de las otras dolencias. Dicha enfermedad tiene, por el contrario, el mismo origen natural de éstas..."*

En la antigüedad se consideraba como una posesión demoníaca y la llamaban "la enfermedad sagrada". Los síntomas son descritos en la Biblia, donde un padre habla a Jesús de los ataques de su hijo: *"Donde quiera que le toma, le derriba y le hace echar espumarajos y rechinar los dientes y, se va secando."* (S. Marcos 9, 18.). Con la fundación de la Universidad de Salerno, independiente de las influencias religiosas de la época, el conocimiento científico reinicia su desarrollo y es allí donde se retoma la idea hipocrática de que la epilepsia era producida por una lesión orgánica y que su tratamiento también es orgánico.

La incidencia de epilepsia en Chile es de 114 x 100.000 x año, lo que hace de la epilepsia un problema epidemiológico relevante.

Etiología

La etiología de la epilepsia es multifactorial. La mayor parte de los casos quedan sin evidencia de causa, es decir, son de causa desconocida.

1.- *Factores genéticos*: Sólo hay dos que son claramente de origen hereditario: La "ausencia", que se da en los niños y tiene una figura electroencefalográfica característica; y la "mioclónica", que se produce por una alteración en el cromosoma VI.

2.- *Factores perinatales*: Los traumatismos de parto y la hipoxia perinatal, por ejemplo, pueden provocar una importante pérdida de neuronas, lo que a su vez va a inducir la formación de sinapsis aberrantes en esas zonas del cerebro, pudiendo romperse el equilibrio entre sinapsis excitatorias (glutamato) e inhibitorias (GABA) a favor de las excitatorias, lo que finalmente va a provocar descargas hipersincrónicas y, por lo tanto, crisis epilépticas.

3.- *Factores sociales*: Decíamos que la etiología de la epilepsia es multifactorial y que en los países subdesarrollados su prevalencia es mayor (factores sociales). Esto puede ser porque los partos son peor asistidos en estos países. Pero también ocurre que en los países subdesarrollados se presenta un gran número de crisis pseudo epilépticas asociadas a personalidades histéricas y a crisis conversivas, que tienden a manifestarse mayormente en esta población.

Prevalencia

Hauser, en Campos M. (2004), concluye que la prevalencia de epilepsia activa ajustada por edad ha sido informada entre 2,7 y 40 x 1.000, pero que en la mayoría de los estudios está entre 24 y 8 x 1.000. Según el mismo autor, la tasa de epilepsia activa en la población completa de Rochester ha variado en el tiempo de 2,7 a 6 x 1.000, es muy similar al 5,3 x 1.000 de Inglaterra. En 37 estudios de AL&EC se han encontrado tasas x 1.000 sin ajuste por edad, entre extremos de 3,4 en Cuba y 57 en Panamá. En Chile se realizó un estudio en una población de 17.694 (Lavados et al, 1992) y se concluyó una tasa de 17,7 x 1.000.

Características clínicas

Para efectos de este trabajo las dividiremos en dos: las parciales y las crisis generalizadas.

Crisis generalizadas

Corresponden al 40% de las crisis epilépticas. Son generalizadas desde el comienzo. No hay ningún síntoma o signo que indique su origen en algún punto específico del cerebro (foco). El individuo pierde la conciencia de inmediato por una tremenda descarga en la que participan los dos hemisferios cerebrales. Estas crisis son las crisis epilépticas tipo, las más conocidas, aunque no son las más frecuentes. Hay varias formas de ellas y la más característica es la denominada "epilepsia generalizada tónico-clónica".

- *Epilepsia generalizada tónico-clónica*: En ella el paciente súbitamente, sin ningún signo que sugiera un origen focal, da un grito espeluznante y cae inmediatamente al suelo. Luego aparece una fase llamada tónica, en que aparece una gran hipertonia de todos los grupos musculares (una contracción tónica), incluidos los masticadores, que son los que provocan que el sujeto se muerda la lengua. Habrá también micción involuntaria, sobre todo si la vejiga está llena. Esta fase dura algunos segundos, 30 aprox., y luego viene la fase clónica, en la que ocurren las convulsiones. El sujeto bate la lengua, le sale espuma de la boca, y puede pasar que como se había mordido la lengua, esta espuma puede ser sanguinolenta, y luego de 1 ó 2 minutos se debería terminar el ataque. Durante la crisis tónica hay apnea, cianosis, pupilas midriáticas e inconsciencia. Así empieza la clásica forma generalizada tónico-clónica. Sin embargo, podemos tener una crisis solamente tónica o solamente clónica, pero la más frecuente es la tónico-clónica.

Hay otra forma generalizada en el niño, que se ve más en pediatría, llamada "crisis atónica", en la que el niño pierde bruscamente el tono muscular y se convierte en una especie de una marioneta a la que le cortan los hilos. El niño cae en esta crisis akinésica bruscamente, a veces con pérdida de la conciencia. Aquí la pérdida de conciencia suele no ser de inmediata, o es más débil, ya que el niño alcanza a darse cuenta de algo. En los niños también se pueden dar otras formas generalizadas llamadas "espasmos masivos"; en ellos los niños hacen una reacción brusca, masiva, y son crisis gravísimas con daño cerebral.

- *Ausencias*: Estas crisis se dan en niños y adolescentes, principalmente, y suelen desaparecer con el tratamiento. Se caracterizan por ser episodios muy frecuentes. El paciente llega a tener 10 a 20 episodios por día, que consisten en una suspensión brusca muy breve (5 a 15 segundos aprox.) de la conciencia. El niño deja la actividad que estaba realizando y queda completamente inmóvil, con la mirada fija, pudiendo haber una pequeña clonía de los párpados, para luego retomar lo que estaba haciendo al terminar la crisis. Las epilepsias que se manifiestan sólo como ausencias tienen relativamente buen pronóstico. Las ausencias se deben a una descarga que invade rápidamente los hemisferios, afectando la conciencia, la cual es recuperada en pocos segundos gracias a mecanismos protectores

efectivos que hacen que la crisis no se propague más allá. Este tipo de epilepsia es importante porque ocurre varias veces en el día y puede traer algunos riesgos, ya que si bien la conciencia se pierde tan solo por 15 segundos aprox., si esto ocurre cuando el niño va a cruzar la calle le puede costar la vida.

Crisis parciales

Corresponden al 60% de las crisis epilépticas. Puede reconocerse en ellas un origen focal. Se dividen a su vez en dos tipos: simples y complejas.

- *Crisis simples*: Son de semiología simple. No hay compromiso de conciencia. Pueden ser motoras. En este caso el sujeto tiene sacudidas en una extremidad como producto de una descarga hipersincrónica de un grupo neuroniano epileptogénico de un área motora. La mano es un área con múltiple representación en nuestra área motora. Entonces puede haber ahí un grupo neuroniano anormal que descargue hipersincrónicamente, y el individuo comienza con un temblor en el pulgar, el que luego se trasmite a todo el brazo. Este avanzar de las crisis parciales motoras: pulgar, brazo, pierna, etc., es muy característico. Es una propagación típica de la actividad neuroniana excesiva, que se denomina "marcha jaksoniana". Tiene entonces una semiología clásica, en la cual podemos reconocer un foco epileptogénico (corteza motora en que está representado el pulgar, en este caso). La crisis parcial simple puede ser también sensitiva, y aunque su evolución no es tan clara como la marcha jaksoniana de las motoras, se pueden sentir parestesias que comienzan en el brazo y se propagan al resto de la pierna. También existen crisis parciales simples autonómicas, si el foco epileptogénico es un grupo neuroniano autonómico.

- *Crisis complejas*: Las crisis parciales complejas son las más frecuentes. Se dice que estas crisis son de semiología compleja. En éstas el paciente siente lo que se denomina "aura", que es el síntoma que precede a una crisis, un malestar, una inquietud, o a veces una sensación rara en el estómago. Generalmente se originan en el lóbulo temporal y presentan compromiso de conciencia cualitativo o cuantitativo, porque estructuras del lóbulo temporal como la amígdala y el uncus se relacionan rápidamente con la sustancia reticular al momento de propagarse la descarga epiléptica. El lóbulo temporal tiene que ver con la memoria, ya que ahí se encuentra el hipocampo. Un grupo de neuronas epileptogénicas en esta zona puede producir primero esta sensación rara en el estómago, y luego el sujeto sufrir alucinaciones de la memoria, es decir, pueden ser visuales, en las que el paciente ve imágenes de su vida como quien repite una película y auditivas, en que se escuchan canciones, etc., por eso se llaman complejas. Además, el paciente se encuentra en un estado alterado de conciencia, no se relaciona con el medio aunque no ha caído al suelo, ya que no hay compromiso motor. El paciente puede hacer automatismos gestuales, masticatorios, y como la zona amigdalina está en relación con percepciones olfativas, el sujeto puede presentar alucinaciones olfativas (siente olores raros y hace gestos de saboreo con la boca.) Mientras todo esto ocurre, el paciente se encuentra en un estado alterado de conciencia. Los signos que presente el paciente dependerán del lugar donde se origine la crisis; si se origina en la amígdala el sujeto tendrá estas alucinaciones olfatorias y sentirá un olor verdaderamente desagradable.

La epilepsia de lóbulo temporal es una de las más frecuentes y una de las más curiosas. Este lóbulo temporal tiene mucho que ver con el área psicológica, con los afectos, con los instintos y la gente que está con esta crisis a veces siente un odio contra alguna persona, pudiendo llegar a agredirla. La clásica agresividad de los epilépticos se debe un poco a estas crisis que ocurren ahí. Ahora, este tipo de crisis son frecuentes ya que esta área (temporal) es muy vulnerable a la hipoxia perinatal y es la más vulnerable a las convulsiones febriles. Los niños antes de los 5 años pueden hacer convulsiones con la fiebre, tal y como si fuera una epilepsia, las que con alguna frecuencia dañan la zona del hipocampo, dando origen a focos epileptógenos.

Diagnóstico diferencial

Tabla 1 - Diagnóstico diferencial entre crisis histérica y crisis epiléptica

	C. Epilépticas (CE)	C. Histéricas (CH)
Presentación de la crisis	Solo	Acompañado
Crisis	Clínica determinada	Bizarra
Tegumentos durante la crisis	Con cambios	Sin cambios (estereotípea)
Incontinencia de esfínteres	Común	Rara
Reflejos de la córnea	Ausentes	Presentes
Duración	Breve (Seg. A pocos min., excepto en status epiléptico.)	Relativo

1. La CH nunca le da a la persona cuando está sola, por lo general sucede cuando está en compañía. En cambio, la CE da en cualquier momento, incluso puede dar cuando el individuo está dormido, despertándolo, en tanto que el histérico nunca tiene crisis mientras duerme. El histérico siempre trata de sacar ventaja de la crisis y siempre está consciente.
2. La CE se ajusta a crisis motoras, ausencias, ataques originados en el lóbulo temporal, etc. En cambio, la CH no se ajusta a estos patrones, son bizarras, no se parecen unas a otras, rara vez se muerden la lengua (se muerden a veces las mejillas por dentro), en fin.
3. La piel en la CE está cianótica o hay palidez extrema. En cambio en la CH no tiene alteraciones.
4. La incontinencia urinaria es común en la CE, no así en la CH.
5. El reflejo de la córnea está, por lo general, abolido en la CE; lo contrario ocurre en la CH.
6. El reflejo plantar en el enfermo inconsciente es a menudo extensor (casi como un Babinski); en el histérico siempre es flexor.
7. Por último, en el Electro Encefalograma (EEG) siempre hay alguna alteración durante el ataque o inter-crisis epiléptico, situación que no se presenta en las CH.
- 8.- Las crisis epilépticas no se asocian a eventos de manipulación, a diferencia de las crisis histéricas.

Tratamientos

Su tratamiento es crónico (5 a 7 años) y se cree que el mejor tratamiento es el monofármaco, y que cuando esté no funciona se pasaría a una segunda línea de fármacos, llegando incluso hasta una tercera línea. Existe entre 15 y 20% de epilépticos refractarios, es decir, personas que no tienen resultados con fármacos. Estos sujetos pueden recurrir a la cirugía (los fármacos no se deben mezclar.) Al ser crónica, los fármacos son de estrecho margen terapéutico, por lo que requieren un control exhaustivo de dicho fármaco en cuanto a su concentración en la sangre.

Antiepilépticos

Tabla 2 - Principales fármacos antiepilépticos

Generalizadas	I	II
Tónico-Clónica	Fenitoína	Fenobarbital
Ausencias	Ac. Valproico	Etosuccimida
Espasmos Infantiles	Fenobarbital	Otro
	PARCIALES	
E. Sintomatología Elemental	Fenitoína	Fenobarbital
E. Sintomatología Compleja	Carbamazepina	Fenitoína
E. Generalizada Secundaria	Fenitoína	Fenobarbital
Status Epiléptico	Diazepam vía endovenosa	Anestesia General

Bibliografía

Campos, N et al. (2004). *Epilepsias. Diagnóstico y tratamiento*. Santiago de Chile: E. Mediterráneo.

Godoy, J. (2004). *Clínica y diagnóstico de las epilepsias*. Santiago de Chile: PUC.

Wolf, W. (1956/1970). *Introducción a la psicopatología* (4° reimpresión). México: Fondo de Cultura Económica.

Apuntes de Cátedra, Neurología, PUC.