

Trastornos paroxíísticos no epilépticos psicógenos

Patricia Martínez Pi (R2 de Pediatría)

Tutor: Francisco Gómez Gosálvez- Adjunto de Neuropediatría

Índice de contenidos

01

**Trastornos del
movimiento**

02

Caso clínico

03

TPNE

04

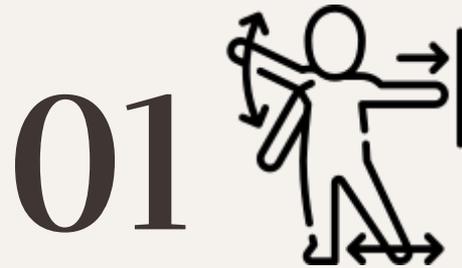
**Diagnóstico
diferencial**

05

Conclusiones

06

Bibliografía

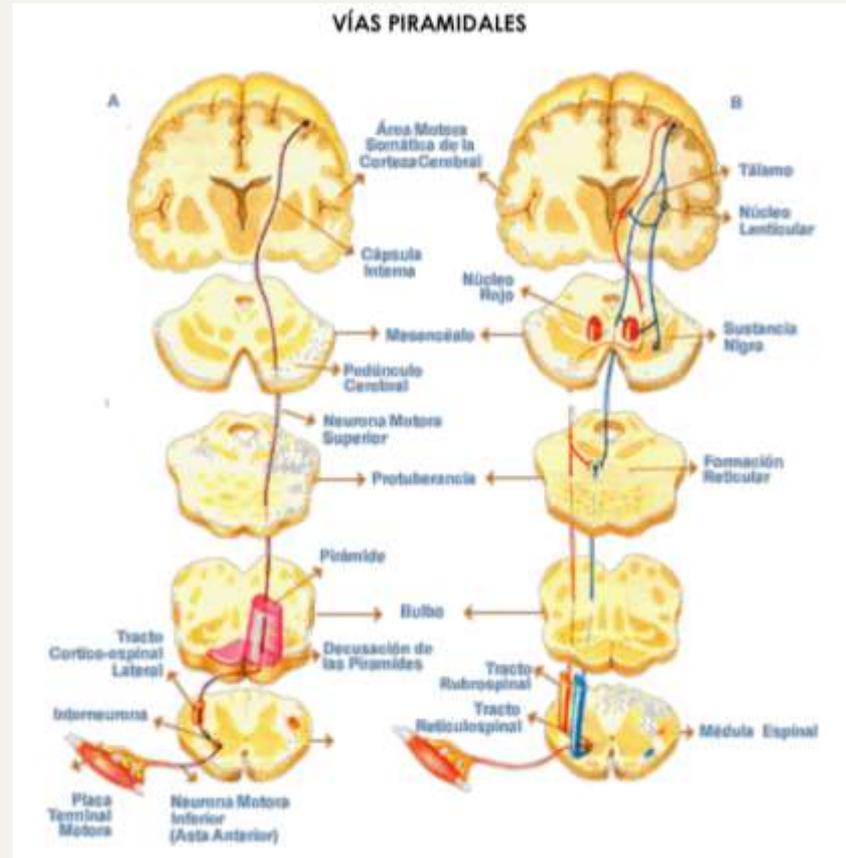


Trastornos del movimiento

Grupo heterogéneo de síndromes neurológicos que se manifiesta con anomalías de tono, postura y equilibrio o con movimientos involuntarios que producen un deterioro del control motor fino



Trastornos del movimiento



Trastornos del movimiento



Hipocinéticos

- Sd rígido-hipocinético
- “Parkinsonismo” infantil



Hipercinéticos

- Tics
- Estereotipias
- Temblores
- Corea
- Mioclonías
- Distonía
- Discinesias paroxísticas



Trastornos del movimiento: hipercinéticos



Tics

- Movimientos involuntarios repetitivos precedidos de una urgencia premonitoria
- Predominan en el sexo masculino
- Dos picos de incidencia (4-6 años/10-12 años)
- Parpadeo, tics oculares o carraspeo

Estereotipias

- Movimientos involuntarios rítmicos, repetitivos, no propositivos
- Bilaterales y predominan en MMSS
- Se interrumpen con el inicio del movimiento
- No interfieren con las actividades habituales
- Pueden ser primarias o manierismos

Trastornos del movimiento: hipercinéticos

Temblores



Corea

- Movimientos rítmicos y oscilatorios
 - Contracción alternante de músculos agonistas y antagonistas
 - Cambios de movimiento o postura, el cansancio y las emociones aumentan la variabilidad
 - Temblor de reposo o temblor de acción (postural, cinético o isométrico).
- Movimientos involuntarios no repetitivos ni rítmicos, breves y muy variables que se alternan de una parte del cuerpo a otra
 - Predomina en extremidades superiores y cara
 - Empeora con el movimiento o las posturas y no se suprime de forma voluntaria.

Trastornos del movimiento: hipercinéticos

Mioclonías

- Movimientos involuntarios abruptos en forma de descarga eléctrica, de duración breve, que suelen ser debidos a una contracción muscular
- Pueden producirse de forma aislada o de forma continua en series
- Pueden ser fisiológicas o patológicas, causadas por un trastorno neurológico.

Distonía

- Movimientos repetitivos involuntarios que ocasionan posturas anormales por contracciones musculares frecuentes, sostenidas o intermitentes
- Empeora con el inicio del movimiento voluntario y se observa una difusión a otros grupos musculares (fenómeno de overflow)



02 
Casos clínicos

Caso clínico



ANTECEDENTES PERSONALES

Sd de Tourette en tratamiento con sertralina 50 mg/día y aripiprazol 10 mg/día

MOTIVO DE CONSULTA

Niña de 12 años que acude a UPED por empeoramiento de síntomas con temblor asociado a la marcha de 1 semana de evolución que cesa al sentarse o tumbarse

PSIQUIATRIA

Indica ajuste de tratamiento y valoración por parte de Neuropediatría para descartar patología orgánica

EXPLORACIÓN FÍSICA (NRI)

Marcha con temblor (no inestabilidad) de tronco y extremidades muy abigarrada que aparece únicamente al caminar. Se comprueba exploración neurológica normal al sentarse con desaparición del cuadro

- Tics
- Estereotipias
- Corea
- Mioclonías
- Distonía

Caso clínico



ANTECEDENTES

Sd de Tourette tratado con sertralina 50 mg/día y aripiprazol 10 mg/día

MOTIVO DE CONSULTA

Niña de 12 años que acude a UPED por empeoramiento de los síntomas con temblor asociado a la marcha de 1 semana de evolución que cesa al sentarse o tumbarse

PSIQUIATRIA

Indica ajuste de tratamiento y valoración por parte de Neuropediatría para descartar patología orgánica

EXPLORACIÓN FÍSICA (NRI)

Marcha con temblor (no inestabilidad) de tronco y extremidades muy abigarrada que aparece únicamente al caminar. Se comprueba exploración neurológica normal al sentarse con desaparición del cuadro

- Tics
- Estereotipias
- Corea
- Mioclonías
- Distonía

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO (TPNE) PSICÓGENO

Caso clínico



TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO (TPNE) PSICÓGENO

ANTECEDENTES

Sd de Tourette en tratamiento con clonazepam 50 mg/día y aripiprazol 10 mg/día

MOTIVO DE CONSULTA

Niña de 12 años que acude a UPED por empeoramiento de síntomas con temblor asociado a la marcha de 1 semana de evolución que cesa al sentarse o tumbarse

EVOLUCIÓN

Ajuste de tratamiento por parte de USMI por empeoramiento de síntomas previos y aparición de nuevos tics fonatorios

- ✗ Tics
- ✗ Estereotipias
- ✗ Corea
- ✗ Mioclonías
- ✗ Distonía

Caso clínico



ANTECEDENTES PERSONALES

En seguimiento por la USMI por trastorno de la conducta

MOTIVO DE CONSULTA

Niña de 12 años derivada a CCEE de Neuropediatría por alteración de la marcha

EXPLORACIÓN FÍSICA (NRI)

Marcha con temblor (no inestabilidad) de tronco y extremidades muy abigarrada que aparece únicamente al caminar. Se comprueba exploración neurológica normal al sentarse con desaparición del cuadro

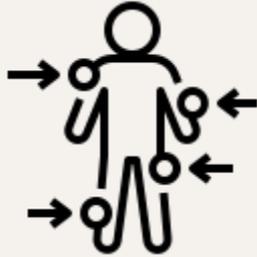
- Tics
- Estereotipias
- Corea
- Mioclonías
- Distonía

03

Trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE)

Grupo heterogéneo de sucesos que cursan con una alteración de las funciones neurológicas de aparición generalmente brusca y transitoria, que semejan crisis epilépticas, pero que, a diferencia de ellas, no se deben a una actividad neuronal anormal de la corteza cerebral

Trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE)



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Alteración de la conciencia
- Movimientos anómalos
- Alteración del tono
- Alteraciones de la movilidad ocular
- Síntomas sensoriales, autonómicos o psíquicos/conductuales
- Pueden ser percibidos o no por el paciente.



PREVALENCIA 10%

- Ansiedad familiar
- Pruebas innecesarias
- Iatrogenia farmacológica

Trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE)

DIAGNÓSTICO: CLÍNICO



ERRORES DIAGNÓSTICOS (HASTA 25%)

- Desconocimiento por parte del profesional
- Anamnesis incompleta o mal interpretada
- Confusión con trastornos epilépticos
- Sobrevaloración de antecedentes familiares de epilepsia o personales de crisis febriles
- Inadecuada interpretación del EEG (en el 3,5-5% de los niños no epilépticos se pueden encontrar alteraciones paroxísticas en el EEG).



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Crisis epilépticas
- Crisis sintomáticas por alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hipocalcemia)
- Cuadros oclusivos intestinales (invaginación intestinal)
- Cardiológicos (arritmias cardiacas, crisis de la tetralogía de Fallot)
- Respiratorios (apneas, ALTE)
- Intoxicaciones o reacciones farmacológicas adversas (disonías), etc

Trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE)

CLASIFICACIÓN

Existen muchas clasificaciones de los trastornos paroxísticos no epilépticos, clásicamente se dividen:

- por hipoxia cerebral
- en relación con el sueño
- extrapiramidales
- psiquiátricos
- miscelánea

Tabla II. Trastornos paroxísticos no epilépticos en el niño

Período neonatal	33. Trastornos paroxísticos del sueño REM (pesadillas, parálisis del sueño)
1. Mioclonos neonatales benignos del sueño	34. Trastornos paroxísticos del movimiento relacionados con el sueño y trémulos
2. Temblor y jitteriness	35. Apneas del sueño
3. Hiperekplexia	36. Movimientos periódicos de piernas/piernas inquietas
4. Discinesias	37. Hiperosmia periódica
5. Apnea neonatal	38. Opución-mioclonos
6. Laringoespasma episódico	39. Estereotipias secundarias
7. Alzateo ocular	40. Estereotipias primarias
	41. Ataxia episódica
Período lactante	42. Parálisis periódicas
8. Espasmos nucleares	43. Paramitosis, miotonias
9. Estremecimientos	44. Tics
10. Síndrome de la muñeca con cabeza pendular	45. Discinesia paroxística no kinesigénica
11. Desviación paroxística de los ojos hacia arriba	46. Discinesia paroxística kinesigénica
12. Apraxia oculomotoria de Cogán	47. Discinesia paroxística inducida por el ejercicio
13. Crisis oculóginas	48. Espasmo hemifacial, biefarospasmo
14. Desviación tónica de la mirada hacia abajo	49. Cataplejía
15. Reacciones extrapiramidales a fármacos	50. Vertigo paroxístico benigno
16. Distonía transitoria del lactante	51. Síncopa vasovagal
17. Mioclonías benignas del lactante	52. Síncopa de origen cardíaco
18. Crisis atónicas cefálicas no epilépticas	53. Síncopa febril y otras síncopas
19. Síndrome de Sandifer	54. Migraña y variantes
20. Crisis tónicas reflejas del lactante	55. Dolor abdominal recurrente
21. Discinesia orolingual	56. Disfunción autonómica paroxística
22. Temblor mandibular	57. Síndrome de Münchausen/ Síndrome de Münchausen por poderes
23. Espasmo del sollozo pálido	58. Cuadros convulsivos
24. Espasmos del sollozo cianosante	59. Ataques de pánico
25. Trastornos respiratorios del lactante (síndrome apnea poligénica, síndrome por hiperventilación, apnea espiratoria prolongada)	60. Alucinaciones
26. Episodio aparentemente letal	61. Trastornos disociativos
27. Cólicos del lactante	62. Crisis de hiperventilación
28. Dolor paroxístico extremo	63. Crisis psicógenas
29. Tortícolis paroxístico benigno	64. Pseudoausencias
30. Hemiplejía alterna de la infancia	65. Síndrome de hiperventilación central
31. Autoestimulación	66. Vértigo cíclico
	67. Mioclonías del velo del paladar
Infancia y adolescencia	68. Temblor
32. Trastornos paroxísticos del sueño NREM (confusional arousal, terrores nocturnos, sonambulismo)	

Trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) psicógenos

Crisis de pánico (crisis de angustia)	Niños mayores y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Episodio de intenso terror o incomodidad + palpitaciones y falta de aire (sensación de muerte inminente o volverse loco). Dura de minutos a horas • A veces sin desencadenante identificable. Puede derivar en agorafobia, desorden de pánico • ↑ riesgo depresión, suicidio y abuso de sustancias 	Mejor pronóstico si abordaje temprano	Crisis convulsiva	Vídeo-EEG si dudas diagnósticas	Psicofarmacología si se repiten
Crisis de hiperventilación psicógena	Adolescentes (> mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de dificultad respiratoria y opresión torácica, con hiperventilación, posteriormente cefalea, parestesias y síncope. Inicio brusco y duración corta • Relacionadas con eventos estresantes 	Suelen mejorar al identificar desencadenante	Crisis convulsiva	Vídeo-EEG si dudas diagnósticas	
Pseudocrisis o crisis psicógenas	Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Episodios de movimientos anormales o sensación de alteración del nivel de conciencia. Puede ayudar identificar: movimientos erráticos, asíncronos, pélvicos, balanceos; no mordedura lingual; resistencia a apertura ocular; recuperación rápida (para lo prolongados que suelen ser) • En vigilia y con espectadores 	Más frecuentes en epilépticos (complica el manejo)	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis convulsiva • Trastorno facticio • Trastorno por simulación 	Vídeo-EEG si dudas diagnósticas • Puede ser útil niveles de prolactina (↑ crisis convulsiva)	Psicoterapia

Diagnóstico diferencial



	Crisis epilépticas generalizadas	Crisis psicógenas
Edad de inicio	Cualquiera	Pre/adolescentes
Desencadenantes/ámbito	Raros (en epilepsias reflejas / estímulos luminosos)	Carga emocional
Se inducen por sugestión	No	Sí
Durante el sueño	Frecuente	Excepcional
Ganancia secundaria	No	Sí
Presencia de testigos	Indiferente	Siempre
Duración	Casi siempre menos de 5 minutos	Más prolongada
Inicio	Rápido	Gradual
Actividad motora	Rítmicos se lentifican progresivamente	Intermitente, arrítmica, lateralización cefálica alternante
Movimientos pélvicos	No	Sí, basculación
Rotación de los ojos	Excepcional	Frecuentes

Diagnóstico diferencial



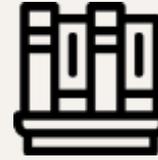
	Crisis epilépticas generalizadas	Crisis psicógenas
Nivel de conciencia	Disminuida	Conservada o fluctuante
Respuesta a estímulos dolorosos	No	Sí
Vocalizaciones	Guturales	Intermitentes, contenidas
Cianosis	Frecuente	No
Enuresis	Frecuente	Excepcional
Resistencia a apertura ocular	No	Habitual
Resistencia a inmovilización	No	Habitual
Protección con las manos	No	Habitual
Mordedura	Posible (lateral lengua, mejillas)	Excepcional (punta de la lengua, labios)
Heridas durante la caída	Posibles	No
Finalización	Rápida con postcrisis	Gradual con normalidad

Conclusiones



- Los TPNE son un grupo heterogéneo de sucesos que cursan con una alteración de las funciones neurológicas de aparición brusca y transitoria, que no se deben a una actividad neuronal anormal de la corteza cerebral
- Se estima una prevalencia del 10%, estimando errores diagnósticos en hasta el 25% de los casos
- El diagnóstico es fundamentalmente clínico y el diagnóstico diferencial es amplio incluyendo alteraciones metabólicas, cuadros respiratorios, cardiológicos o intoxicaciones además de crisis epilépticas
- Existen una serie de criterios que nos facilitan el diagnóstico diferencial entre las crisis epilépticas y las crisis psicógenas

Bibliografía



Ortigoza-Escobar JD, Darling A, Ferrero J. Trastornos del movimiento hiperkinético. Protoc diagn ter pediatr. 2022;1:319-326.

Carrera IM, Uzquiano RG, Redondo NG, Albesa SA. Trastornos de la marcha. Protoc diagn ter pediatr. 2022;1:281-293.

Lafuente AL, Duat Rodríguez A, Cáceres C, Gómez AA, Servet M. Trastornos paroxísticos no epilépticos. Protoc diagn ter pediatr. 2022;1:305-317.

Campistol J. Trastornos paroxísticos no epilépticos en la infancia. Pediatr integral. 2020; 24 (7): 383 – 392.

Trastornos paroxíستicos no epilépticos psicógenos

Patricia Martínez Pi (R2 de Pediatría)

patriciamartinezpi.pmp@gmail.com