

# Trastornos paroxístmicos 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**

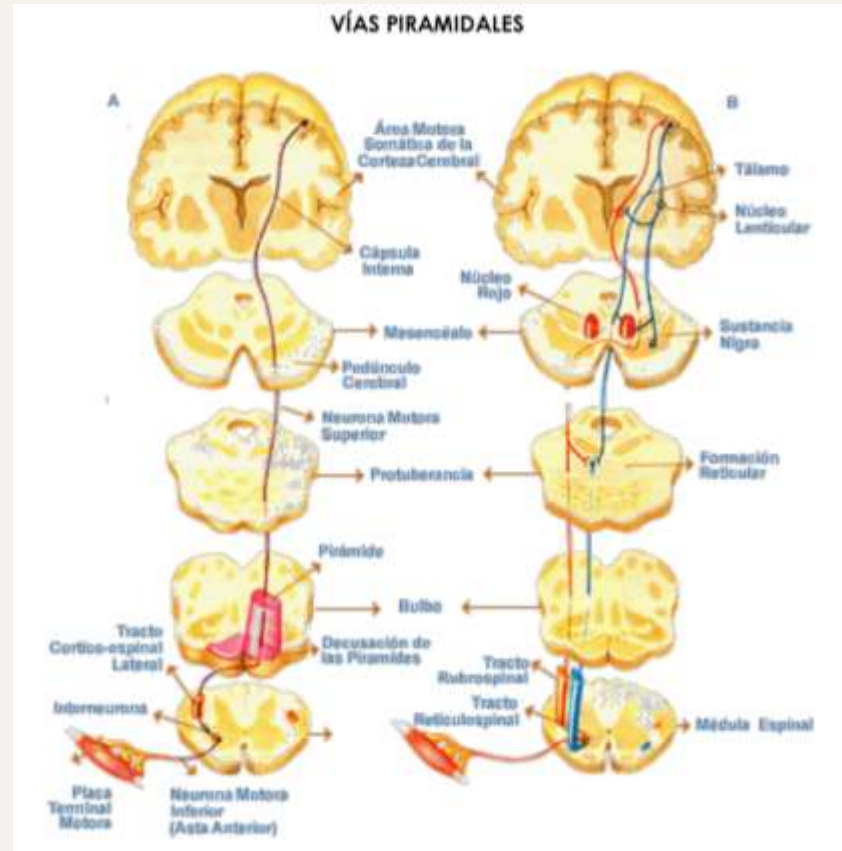


# Trastornos del movimiento

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



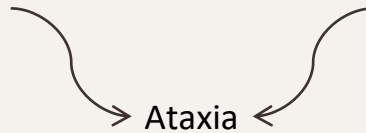
## Hipocinéticos

- 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

## Mioclónías

- 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

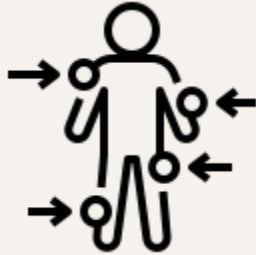
- Tics
- Estereotipias
- Corea
- Mioclonías
- Distonía

# 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

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

# Trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) psicógenos

<b>Crisis de pánico (crisis de angustia)</b>	Niños mayores y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episodio de intenso terror o incomodidad + palpitaciones y falta de aire (sensación de muerte inminente o volverse loco). Dura de minutos a horas</li> <li>• A veces sin desencadenante identificable. Puede derivar en agorafobia, desorden de pánico</li> <li>• ↑ riesgo depresión, suicidio y abuso de sustancias</li> </ul>	Mejor pronóstico si abordaje temprano	Crisis convulsiva	Vídeo-EEG si dudas diagnósticas	Psicofarmacología si se repiten
<b>Crisis de hiperventilación psicógena</b>	Adolescentes (> mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de dificultad respiratoria y opresión torácica, con hiperventilación, posteriormente cefalea, parestesias y síncope. Inicio brusco y duración corta</li> <li>• Relacionadas con eventos estresantes</li> </ul>	Suelen mejorar al identificar desencadenante	Crisis convulsiva	Vídeo-EEG si dudas diagnósticas	
<b>Pseudocrisis o crisis psicógenas</b>	Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> <li>• En vigilia y con espectadores</li> </ul>	Más frecuentes en epilépticos (complica el manejo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis convulsiva</li> <li>• Trastorno facticio</li> <li>• Trastorno por simulación</li> </ul>	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



	<b>Crisis epilépticas generalizadas</b>	<b>Crisis psicógenas</b>
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 hipercinético. 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 paroxísticos no epilépticos psicógenos

Patricia Martínez Pi (R2 de Pediatría)

patriciamartinezpi.pmp@gmail.com