



210/126 - ¿CONVULSIONES O CRISIS PSICÓGENAS?

M. Rodríguez Márquez^a, M. Pancorbo Carro^b, A.A. Ruíz-Risueño Montoya^c, J. Sánchez Sánchez^d, L. Úbeda Cuenca^e e Y. Romero Castro^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre-Pacheco Oeste. Murcia.

^bMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. ^eMédico de Familia. Hospital Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años que consulta por cefalea desde hace 48 horas. Acude hoy por presentar dos crisis epilépticas con período posictal sin acompañarse de amnesia (el paciente lo cuenta muy bien). No refiere consumo de alcohol ni falta de horas de sueño. Antecedentes de meningitis a los 6 años. Durante la consulta presenta episodio de pseudocrisis con automatismos oroalimentarios y de mano izquierda con recuperación ad integrum sin período posictal y amnesia de lo sucedido. Se pauta tratamiento con Keppra 1.000 mg, Vimpat 200 mg, Rivotril 0,5 mg, Zyprexa y escitalopram.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado. Afebril, normotenso, saturación 97%. Exploración neurológica: Glasgow 15. Pupilas isocóricas normorreactivas, pares craneales conservados así como fuerza y sensibilidad. Resto de exploración sin hallazgos de interés. Analítica: destaca CPK 192, resto normal. TAC craneal: sin hallazgos sugestivos de patología. RMN craneal: hiperintensidad T2 en la región mesial temporal izquierda, atrofia de hipocampo en T1.

Juicio clínico: Epilepsia temporal mesial (ETM). Eventos paroxísticos no epilépticos.

Diagnóstico diferencial: En crisis epilépticas hay que hacer diagnóstico diferencial con crisis psicógenas, lo que pueden ser entidades difíciles de diferenciar. Durante el episodio de crisis psicógenas se mantiene el estado de alerta pese a la falta de reactividad al entorno; se recupera de inmediato la conciencia, de comienzo gradual y mayor duración. Además de esto, habría diferenciar de crisis parciales, crisis mioclónicas y crisis tónico-clónicas.

Comentario final: La ETM es el máximo exponente de lo que se han llamado "síndromes reductibles con cirugía" a diferencia del resto de crisis y síndromes epilépticos. La cirugía ofrece unos excelentes resultados, pues entre sus causas más frecuentes se encuentran lesiones residuales cerebrales tras infecciones del sistema nervioso central, como meningitis. Otras causas estructurales pueden ser tumores cerebrales, malformaciones del desarrollo cortical, vasculares o arterio-venosas. En cuanto al tratamiento farmacológico, las posibilidades de lograr un control aceptable oscilan entre el 10 y 30%, el resto de los pacientes seguirá presentando crisis que interferirán de manera

significativa en su actividad habitual. Es el mismo que el empleado para otros tipos de epilepsias focales teniendo en cuenta el riesgo que tienen estos pacientes de sufrir ansiedad, depresión y otros trastornos psiquiátricos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Voley-Gómez M. Epilepsia del lóbulo temporal mesial: fisiopatología, características clínicas, tratamiento y pronóstico. *Rev Neurol.* 2004;38:663-7.