



CASO CLÍNICO

Crisis psicógenas en ancianos: un desafío en su diagnóstico y tratamiento, a propósito de un caso



Psychogenic crises in the elderly: a challenge in their diagnosis and treatment, about a case

Ivon Y. Rivera Deras^{a,*}, Lucía Frade Pardo^b, María Caridad Arenas Martínez^c y Luis Tejedor López^d^a Servicio de Geriátría, Hospital Universitario La Paz - Cantoblanco, Madrid, España^b Servicio de Neurología, Hospital Universitario La Paz - Cantoblanco, Madrid, España^c Servicio de Geriátría, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España^d Servicio de Geriátría, Hospital de Emergencias Enfermera Isabel Zendal, Madrid, España

Objetivo

Plantear las dificultades en el diagnóstico y tratamiento de las crisis psicógenas no epilépticas (CPNE), así como su abordaje multidisciplinar.

Introducción

Las CPNE se definen como cambios paroxísticos en la conducta, limitados en el tiempo, que simulan crisis epilépticas generalizadas o parciales, pero que no obedecen a una descarga neuronal anómala, y que se relacionan con distintos mecanismos psicológicos¹.

La prevalencia se ha estimado en 2-33/100.000 personas; hasta en el 20% de los pacientes se presentan con presuntos casos de epilepsia médicamente intratable². La incidencia en países de ingreso económico alto es de 4,9/100.000 personas-año³. Tiende a comenzar en edades tempranas, con una edad media de 31 (± 15) años, aunque pueden presentarse a cualquier edad⁴, siendo predominante en mujeres (70-80%)⁵.

Se consideran como un diagnóstico psiquiátrico en el cual no se puede identificar un trastorno orgánico⁶, siendo fundamental para su diagnóstico un enfoque racional, en donde la exploración física y el videoelectroencefalograma durante las crisis constituye la prueba de referencia para establecer el diagnóstico⁷.

Actualmente no existen directrices sobre el tratamiento de estos pacientes, pero se cree que un abordaje multidisciplinar, junto con la terapia cognitivo-conductual aportan beneficios.

A continuación, presentamos un caso clínico de un paciente con desconexión del medio, eversión de la mirada hacia arriba y movimientos repetitivos de manos de 30 min de duración, que responde a tratamiento con antidepresivos.

Caso clínico

Mujer de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, fibrilación auricular, accidente cerebrovascular con hemiparesia izquierda residual, trastorno ansioso/depresivo de años de evolución. En tratamiento con: enalapril 5 mg/24 h, atorvastatina 20 mg/24 h, metformina 875 mg/8 h, acenocumarol (dosis total semanal 12 mg), omeprazol 20 mg/24 h, lorazepam 1 mg/24 h. Funcionalmente la paciente necesita ayuda de una persona para el aseo, la ducha, los traslados y la alimentación, es capaz de colaborar con el vestido, realiza desplazamientos en silla de ruedas, presenta incontinencia urinaria (índice de Barthel: 25/100 puntos). Valoración mental: sin deterioro cognitivo (Escala de Deterioro Global (GDS) de Reisberg de 2. Miniexamen cognitivo (MEC) de Lobo 30 puntos). Situación social: viuda con 2 hijos que supervisan su cuidado. Vive con una hija en un segundo piso sin ascensor.

Acude a urgencias por probable crisis convulsiva, decidiéndose su ingreso para estudio y tratamiento. En planta se realizan pruebas de imagen (resonancia magnética craneal) descartándose patología orgánica intracraneal, y electroencefalograma sin objetivarse actividad epileptiforme.

Durante su ingreso continúa presentando episodios frecuentes de desconexión del medio, acompañado de rubicundez generalizada y de manera ocasional hipertensión arterial. Es valorada por endocrinología con sospecha clínica de feocromocitoma, realizándose pruebas complementarias que descartan dicho diagnóstico.

Dada la frecuencia de las crisis, se decide iniciar tratamiento con 2 fármacos antiepilépticos a dosis plenas (levetiracetam, lacosamida) sin observarse mejoría. Destaca que los episodios se desencadenan todos los días a la misma hora, con una duración media de 30 min, consistentes en eversión de la mirada hacia arriba y movimientos repetitivos de las manos de predominio derecho; durante el evento clínico la paciente es capaz de responder a preguntas sencillas, encontrándose orientada en las 3 esferas.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: ivonrivera30@hotmail.com (I.Y. Rivera Deras).

Una vez descartados procesos orgánicos, se informó a la paciente y a su familia mediante una sesión psicoeducativa del origen no epiléptico de las crisis, a la vez que se inició la retirada progresiva de antiepilépticos, y dado el antecedente de trastorno ansioso/depresivo y su asociación con las CPNE se inició tratamiento antidepressivo (escitalopram 15 mg/24 h), observándose de manera progresiva disminución de la duración de los episodios de desconexión con el medio y frecuencia de los episodios, hasta su resolución en aproximadamente 2 semanas.

La paciente es dada de alta, siendo revalorada al mes en consulta de geriatría, en donde se confirma resolución total de las CPNE.

Discusión y conclusión

Las CPNE continúan siendo un desafío en la práctica clínica habitual; la exploración clínica y el estudio con electroencefalograma durante las crisis son los pilares fundamentales para establecer el correcto diagnóstico diferencial de esta patología.

Es de suma importancia indagar sobre los antecedentes psicopatológicos de los pacientes, ya que en su gran mayoría se ha visto que presentan trastorno ansioso/depresivo como comorbilidad asociada.

En pacientes ancianos esta patología suele estar infradiagnosticada, llegándose a su diagnóstico por exclusión de otros procesos orgánicos.

Para su manejo es recomendable el abordaje multidisciplinar con el objetivo de proporcionar un mejor tratamiento, consiguiendo así mejorar su control clínico y pronóstico.

Pocos son los casos clínicos reportados en paciente ancianos y son necesarios estudios que permitan caracterizar mejor el perfil

del paciente con CPNE en este grupo de edad y así permitirnos una mayor sospecha clínica.

Consentimiento informado

Los autores declaran disponer del consentimiento del paciente.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Kuyk J, Leijten F, Meinardi H, Spinhoven PH, van Dyck R. The diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures: A review. *Seizure*. 1997;6:243–53.
2. Saflarski JP, Ficker DM, Cahill WT, Privitera MD. Four-year incidence of psychogenic nonepileptic seizures in adults in Hamilton County, OH. *Neurology*. 2000;55:1561–3.
3. Duncan R, Razvi S, Mulhern S. Newly presenting psychogenic nonepileptic seizures: Incidence, population characteristics, and early outcome from a prospective audit of a first seizure clinic. *Epilepsy Behav*. 2011;20:308–11.
4. Asadi-Pooya A, Emami M. Juvenile and adult-onset psychogenic non-epileptic seizures. *Clin Neurol Neurosurg*. 2013;115:1697–700.
5. Asadi-Pooya AA. Psychogenic nonepileptic seizures are predominantly seen in women: Potential neurobiological reasons. *Neurol Sci*. 2016;37:851–5.
6. Cragar DE, Berry DTR, Schmitt FA, Fakhoury TA. Cluster analysis of normal personality traits in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2005;6:593–600.
7. Zhang YC, Bromfield EB, Hurwitz S, Nelson A, Sylvia K, Dworetzky B. Comparison of outcomes of video/EEG monitoring between patients with epileptic seizures and those with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2009;15:303–7.