

# TRASTORNOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS EN LA INFANCIA

---

**Marcos Madruga Garrido**  
*Sección de Neuropediatría*  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

## INTRODUCCIÓN. DEFINICIÓN Y PREVALENCIA

Los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) constituyen un motivo frecuente de consulta. Se definen como manifestaciones clínicas de presentación brusca y breve duración, que en su mayoría tienen un origen cerebral. A diferencia de las crisis epilépticas, los mecanismos de producción no son debidos a descargas anormales, excesivas y desorganizadas de poblaciones neuronales. No obstante, la forma de presentación de los TPNE (algunos con pérdidas de conciencia o con movimientos anormales), obliga a realizar un diagnóstico diferencial con las crisis de origen epiléptico, algo que no siempre resulta sencillo.

La prevalencia de los TPNE se estima en un 10% de la población infantil, siendo la de las epilepsias de un 1% de dicha población. Esta diferencia hace necesario un mejor y más amplio conocimiento los TPNE, dado que una mala interpretación de una manifestación clínica puede llevar a un diagnóstico erróneo, con las implicaciones que ello conlleva desde el punto de vista terapéutico, pronóstico y familiar.

Entre los motivos que llevan a un error diagnóstico están la falta de conocimiento de estos trastornos, anamnesis mal orientadas o malinterpretaciones de determinados síntomas referidos en la misma. A veces, también es posible hacer sobrevaloraciones de los resultados de determinadas pruebas diagnósticas, como

interpretar como anormales y epileptiformes determinados hallazgos detectados en los registros electroencefalográficos.

Los TPNE suelen ser procesos benignos, si bien, la espectacularidad en sus formas de presentación suele provocar gran ansiedad en el entorno familiar del paciente. Habitualmente no requieren tratamiento médico salvo casos específicos por su elevada frecuencia o alteración de la vida socio-familiar del paciente.

## CLASIFICACIÓN DE LOS TPNE

La clasificación más empleada por la mayoría de los autores es la que utiliza la semiología clínica y los mecanismos de producción del evento para agrupar los distintos trastornos y que se enumeran en la tabla I. Se describen a continuación los TPNE más frecuentes o los que plantean con frecuencia un diagnóstico diferencial con las crisis de origen epiléptico.

---

**Tabla I. Clasificación de los TPNE**

**1. Crisis anóxicas**

Espasmos del sollozo

- Cianótico
- Pálido

Síncopes

- Infanto-juveniles
- Febriles
- Cardiacos

---

**2. Trastornos paroxísticos motores**

Temblores/ tremulaciones del neonato

Hiperekplexia o síndrome del sobresalto

Mioclónías benignas del lactante

Crisis de estremecimiento

Distonía mioclónica

Distonía paroxística del lactante

Discinesias paroxísticas

Discinesias agudas yatrogénicas

Tortícolis paroxística benigna del lactante

Desviación paroxística de la mirada hacia arriba

Desviación paroxística de la mirada hacia abajo

Spasmus nutans

Opsoclonus-mioclonus

Bobble-head-dool syndrome

Tics

Esterotipias

Síndrome de Sandifer

Masturbación infantil u Onanismo

**3. Trastornos paroxísticos no epilépticos relacionados con el sueño**

Mioclónías neonatales benignas del sueño  
Terroros nocturnos  
Pesadillas  
Sonambulismo  
Ritmias motoras  
Narcolepsia  
Mioclónías fisiológicas del sueño  
Despertares confusionales  
Síndrome de las piernas inquietas  
Movimientos periódicos del sueño

---

**4. Trastornos paroxísticos no epilépticos de origen psicógeno**

Rabietas  
Crisis de pánico  
Crisis psicógenas no epilépticas o pseudocrisis  
Rumiación  
Crisis de hiperventilación psicógena

---

**5. Otras**

Migrañas confusionales  
Vértigo paroxístico benigno  
Hemiplejía alternante  
Cataplejía  
Trastornos metabólicos

---

**1. CRISIS ANÓXICAS O HIPÓXICAS**

Se refieren a un grupo de trastornos que entre sus síntomas incluye la pérdida de conciencia asociada a fenómenos vegetativos, sensoriales o motores. Desde un origen diferente se va a producir una hipoxia cerebral que condiciona la alteración del nivel de conciencia y la pérdida del tono muscular, y que si es severa, provocará alteraciones en el sistema corticorreticular que será el responsable de la rigidez de decorticación o postura en opistótonos. Se incluyen los espasmos del sollozo y los síncope.

### **Espasmos del sollozo.**

Suelen comenzar después de los 6 meses de vida, aunque se han descrito episodios incluso desde el período neonatal. Suelen desaparecer después de los 3 años siendo excepcionales más allá de los 6 años de vida. Según el mecanismo de la anoxia cerebral aguda se subclasifican en:

- **Cianótico.-** Son episodios que se inician en el curso de un llanto por frustración, enojo o dolor, y tras varios movimientos respiratorios se produce una pausa del llanto con la espiración forzada, quedando el niño en apnea, que si persiste unos segundos se acompaña de cianosis y posteriormente de pérdida de conciencia que puede acompañarse de hipotonía; si la apnea se prolonga más, puede aparecer hipertonia generalizada y sacudidas clónicas de miembros. Estos episodios pueden durar 1-2 minutos, recuperándose espontáneamente la respiración y el nivel de conciencia.

Algunos autores hacen clasificación según la intensidad del episodio:

Grado 1: apneas

Grado 2: apnea + cianosis

Grado 3: apnea + cianosis + pérdida de conciencia

Grado 4. Apnea+ cianosis + pérdida de conciencia + sacudidas convulsivas

El mecanismo fisiopatológico por el que se producen los síntomas es por un aumento de la presión intratorácica por la pausa brusca del llanto, lo que provoca a una disminución del volumen minuto cardiaco, y éste a una asistolia que conlleva una disminución del flujo sanguíneo cerebral y una hipoxia cerebral.

- **Pálido.-** Estos episodios suelen producirse tras un traumatismo leve o tras una situación de temor o sorpresa. Son menos frecuentes que los de tipo cianótico. El niño pequeño no llega a alcanzar el llanto y pierde la conciencia de forma súbita, con palidez e hipotonía. En ocasiones puede aparecer hipertonia y sacudidas clónicas de miembros. La recuperación es igualmente espontánea en 1-2 minutos sin quedar estupor posterior marcado, lo que nos ayuda a diferenciarlo de las crisis convulsivas.

El mecanismo fisiopatológico es por un aumento de las respuestas cardioinhibitorias por hipervagotonía que conlleva una asistolia y de forma consecutiva una hipoxia cerebral.

Para realizar el diagnóstico de los espasmos del sollozo es suficiente una anamnesis detallada y dirigida, y un examen físico riguroso. No es precisa la realización de pruebas complementarias como el electroencefalograma (EEG)

Algunos autores relacionan los espasmos del sollozo con anemia hipocrómica.

La actitud ante un episodio debe ser colocar al niño en un lugar seguro, desaconsejándose medidas de reanimación, así como agitarlo enérgicamente o lanzarlo al aire.

Es importante informar a la familia del carácter benigno y de la ausencia de secuelas que para el niño tienen estos episodios, que nada tienen que ver con las crisis epilépticas.

### **Síncopes vasovagales**

Son episodios temporales de pérdida de conciencia debidas a una hipoperfusión transitoria y reversible. Se caracterizan por una aparición brusca, precedidos de sensación de mareo y visión borrosa, con pérdida del tono postural y de la conciencia, y por acompañarse de palidez, sudoración fría y en ocasiones náuseas, vómitos y relajación de esfínter vesical. Si el episodio se prolonga puede producirse un espasmo tónico generalizado con movimientos clónicos acompañantes de breve duración. Habitualmente estos síncopes suelen durar unos 15 segundos, recuperándose de forma espontánea y completa, con recuerdo de lo sucedido hasta el momento de la pérdida de conciencia.

Los síncopes suelen ser más frecuentes en mujeres en edad adolescente, teniendo, en un alto porcentaje de casos, historia familiar de síncopes, lipotimias o desmayos.

Por otro lado es frecuente que los síncopes se presenten en determinadas circunstancias como situaciones de estrés, temor o dolor, ambientes calurosos, el ayuno, cambios posturales del decúbito a la posición vertical, la hiperextensión de cuello (al peinarse), las maniobras de Valsalva voluntarias (mantener la respiración) o involuntarias (golpe de tos, orinar...). También son frecuentes los **síncopes febriles**, en los que una hipervagotonía inducida por la fiebre desencadena el episodio sincopal.

Para su diagnóstico es preciso un buen interrogatorio al paciente y a posibles testigos del episodio, siendo necesario realizar un diagnóstico diferencial con crisis epilépticas (que son de presentación más súbita, duración más prolongada, con actividad motora acompañante y estupor posterior. Tabla II), **síncopes de origen cardiogénico** (que suelen tener el ejercicio físico como desencadenante y suele haber antecedente de cardiopatía), las crisis hipoglucémicas y las crisis de origen psicógeno.

Por todo ello, en ocasiones habrá que realizar determinaciones de glucosa y electrocardiograma (EKG), estudios en mesas basculantes y EEG para poder determinar el origen del episodio.

Para su manejo es importante evitar las causas desencadenantes, siempre que se hayan relacionado con episodios previos, recomendar la posición de decúbito y elevar la piernas para favorecer el retorno venoso. Por lo general no se recomienda el uso de fármacos.

**Tabla II. Diagnóstico diferencial de síncope y crisis epilépticas. Tomado de Alonso Salas MA, Palomino García A. Trastornos paroxísticos no epilépticos. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP.**

	<b>SÍNCOPE</b>	<b>CRISIS</b>
<b>Factores precipitantes</b>	≈ 50%	No habitualmente
<b>Tono muscular</b>	Flácido o rígido	Rígido
<b>Convulsiones</b>	≈ 50% > 30 seg, arrítmicas, multifocales o generalizadas	Siempre, al menos de 1-2 minutos, generalizadas, rítmicas
<b>Ojos</b>	Abiertos, transitoriamente revulsión o desviación lateral	Abiertos, habitualmente con desviación mantenida
<b>Incontinencia</b>	Común	Común
<b>Movimientos de lengua</b>	Raro	Común
<b>Confusión postcrisis</b>	< 3 seg	2-20 minutos
<b>Prolactina y CPK</b>	Normales	Elevadas

## 2. TRASTORNOS PAROXÍSTICOS MOTORES

- **Temblores/tremulaciones del neonato**

Son movimientos oscilatorios rítmicos y muy rápidos de un miembro o del mentón, sin alteración del nivel de conciencia y que desaparecen con la sujeción de la parte afectada. Aparece en recién nacidos irritables o en pacientes con encefalopatía hipóxica o hijos de madres drogadictas. Los EEG críticos son normales.

- **Hiperekplexia o síndrome del sobresalto**

Se trata de un trastorno genético con herencia autosómico dominante (5q, gen GLRA1) que, en su forma más severa de presentación, aparece en el recién nacido con hipertonía generalizada y mioclonías nocturnas que se desencadenan al estimular la región glabellar, y a posteriori, aparece con inseguridad en la marcha y sobresaltos con estímulos inesperados que provocan en ocasiones la caída del paciente sin llegar a perder la conciencia. Existe una forma menor donde la presentación es sólo con los sobresaltos. La hipertonía suele ir desapareciendo en los primeros años de vida. El EEG ictal puede mostrar anomalías paroxísticas diversas que pueden confundirse con crisis epilépticas neonatales. el tratamiento

de elección es clonazepam, y en neonatos y lactantes pueden ceder los episodios de hipertonía al realizar una flexión forzada de la cabeza y las piernas sobre el tronco.

- **Mioclónías benignas del lactante**

Se caracterizan por sacudidas bruscas y repetitivas de cabeza en flexión o rotación y/o abducción y extensión de los miembros superiores que remedan los espasmos infantiles del síndrome de West. Ocurren varias veces al día y en vigilia, y preferentemente en situaciones de mayor alerta o excitación (juego o comidas). No existe deterioro neurológico y los EEG son repetidamente normales. Los episodios aparecen entre los 4 y los 9 meses y desaparecen, sin necesidad de medicación, a los pocos meses de su inicio.

- **Crisis de estremecimiento (shuddering attacks)**

Son episodios que aparecen en lactantes, caracterizados por flexión de cabeza acompañada de un movimiento que recuerda al escalofrío y que afecta a miembros y tronco. Desaparece de forma espontánea con el tiempo. Se ha descrito como precursor del temblor esencial.

- **Síndrome de mioclónías-distonías**

Enfermedad hereditaria por mutaciones en el gen epsilon sarcoglicano que se heredan de forma autosómico dominante con penetrancia variable. Se caracterizan por sacudidas mioclónicas, de origen no cortical, de miembros o cabeza y que se suelen acompañar de posturas distónicas. Severidad variable.

- **Distonía paroxística transitoria del lactante**

Entre los 3 y los 5 meses de vida algunos niños pueden presentar, durante minutos u horas, posturas en opistótonos o posturas distónicas de brazos (abducción con hiperpronación y extensión) o de piernas (pie equino y en anteversión) que no son dolorosas. Ceden al cabo de varios meses y no precisan medicación

- **Discinesias paroxísticas**

Son episodios de presentación súbita de movimientos coreodistónicos, que suelen afectar a un hemicuerpo y hemicara, y que duran segundos o minutos. Pueden estar desencadenados por el movimiento o la intención del mismo (discinesias paroxísticas cinesigénicas), por otros factores como el estrés o algunos alimentos como el café o excitantes (discinesias paroxísticas no cinesigénicas) o bien por el ejercicio (discinesias paroxísticas inducidas por el ejercicio). Se inician en la infancia, pueden

ser muy repetidos (diarios) y suelen tener períodos de exacerbaciones. Tiene carácter hereditario, aunque hay formas adquiridas secundarias a lesiones cerebrales. Las formas cinesigénicas son más breves y repetidas y suelen responder a tratamiento con carbamacepina, y las no cinesigénicas son más prolongadas (a veces horas) y tienen escasa respuesta a los antiepilépticos (a veces mejoran con clonacepam)

- **Discinesias agudas yatrogénicas**

Son crisis de presentación brusca que suelen manifestarse con espasmos tónicos axiales, generalizados o unilaterales, con rigidez de cuello y distonía de la musculatura orolingual y facial, de duración variable y en relación con la ingesta de determinadas drogas (metoclopramida, fenotiazinas). Son reacciones idiosincráticas y no son dosis dependientes. Suelen ceder con anticolinérgicos (biperideno) y diacepam.

- **Tortícolis paroxística benigna**

Son episodios de tortícolis o laterocolis que se presentan en el primer año de vida, que suelen acompañarse de irritabilidad, náuseas, vómitos y cierta inestabilidad, con una duración variable de horas a semanas. Es frecuente que la desviación cefálica varíe de lado en los diferentes episodios. Suelen desaparecer hacia los 3 años de vida y en los años siguientes suelen presentar cefaleas de características migrañosas. De hecho, la tortícolis paroxística del lactante es considerada como uno de los precursores migrañosos (junto con los vértigos paroxísticos benignos de la infancia). Las pruebas complementarias son normales.

- **Desviación tónica de la mirada hacia arriba**

Son episodios que se inician entre los 6-24 meses de vida, de desviación mantenida de la mirada hacia arriba acompañada, si el paciente intenta mirar hacia abajo, de nistagmo vertical, y que puede tener duración de segundos o minutos, pudiendo repetirse con frecuencia durante meses. A veces puede asociar cierta ataxia y la tendencia es a mejorar con los meses. Se describen casos de retraso en el desarrollo de los ítems motores del desarrollo. Algunos autores los describen como secundarios a alteración en los neurotransmisores cerebrales e incluso con respuesta favorable a L-dopa.

- **Desviación tónica de la mirada hacia abajo**

Son episodios de desviación mantenida de la mirada hacia abajo con nistagmo vertical acompañante durante segundos que recuerda a los “ojos en sol poniente” propio de los cuadros de hipertensión intracraneales. Aparecen desde el período neonatal y suele ser necesario, al igual que los episodios antes descritos, la realización de pruebas de

neuroimagen y EEG. Tiene carácter benigno y desaparecen a los pocos meses de vida sin necesidad de tratamiento

- **Spasmus nutans**

Triada sintomática caracterizada por nistagmo, tortícolis y movimientos de cabeceo. Suelen evolucionar de forma favorable aunque es necesario descartar la presencia de algún proceso tumoral intracraneal

- **Opsoclonus-mioclonus**

La encefalopatía mioclónica infantil con opsoclonus (síndrome de Kinsbourne) es un cuadro que afecta a niños, previamente sanos, y que de forma aguda o subaguda presentan opsoclonus (movimientos oculares rápidos, conjugados, asíncronos y multidireccionales) mioclonías y ataxia. Las mioclonías (polimioclonías) afectan a tronco, miembros y musculatura facial. La ataxia de origen cerebeloso suele provocar inestabilidad al paciente y puede ser el síntoma inicial de presentación. Es frecuente igualmente la asociación de irritabilidad marcada, ansiedad y agresividad. El origen es autoinmune, tras un proceso infeccioso (viral) banal o bien secundario a neuroblastoma (a veces incluso precede a la aparición del mismo). El curso es prolongado, con fluctuaciones, y el tratamiento es con ACTH o la resección del neuroblastoma, mejorando la sintomatología, pudiendo quedar como secuelas los trastornos conductuales y/o motores.

- **Bobble-head dool syndrome**

Movimientos en vaivén de la cabeza con una frecuencia de 2-3 Hz y que aparecen alrededor de los 4 años en pacientes con hidrocefalia no corregida y en lesiones del cuarto ventrículo y acueducto.

- **Tics**

Movimientos involuntarios, en ocasiones suprimibles a voluntad, bruscos y breves, que afectan a un músculo (simples) o grupo de músculos (complejos), habitualmente de la cara o miembros superiores, que se presentan de forma intermitente y se exacerban con el estrés.

- **Esterotipias**

Son movimientos carentes de finalidad, repetitivos y rítmicos que aparecen en situaciones de ansiedad o aburrimiento. Aunque aparecen en niños normales, casi siempre se presentan en pacientes con retraso mental o trastornos del espectro autista. A veces forman parte del fenotipo conductual de determinados síndromes genéticos (aleteo de manos en el S. de Angelman, bimanuales o bucomanuales en el S. de Rett)

- **Síndrome de Sandifer**

Posturas anormales del cuello, tronco o miembros superiores secundarios al reflujo gastroesofágico, el cual, a veces, puede no ser clínicamente evidente. Se presentan en lactantes habitualmente durante las comidas o bien tras estas.

- **Masturbación infantil u Onanismo**

Cuadro benigno que se presenta en vigilia en lactantes y más frecuentemente en niñas pequeñas con pañales, facilitado por la posición de sedestación en silla, y se caracteriza por una hipertonía de miembros inferiores, con frotamiento rítmico de las piernas, que están entrecruzadas, acompañado de temblores, sudoración, mirada fija sin pérdida de conciencia y a veces leve jadeo. Suelen ceder espontáneamente o bien al separar las piernas, quedando en relajación y cierta somnolencia. Es fácil confundirlo con crisis parciales complejas si no se piensa en este cuadro.

### 3. TRASTORNOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO.

Se describen en este apartado los TPNE relacionados con el sueño más frecuentes, y que pueden en algunos casos confundirse con crisis de origen epiléptico.

- **Mioclonus neonatal nocturno benigno**

Son sacudidas mioclónicas bilaterales y simétricas que afectan a extremidades, cara y tronco, a veces multifocales y pueden ser rítmicas o arrítmicas. Suelen aparecer en fase NREM del sueño, desencadenados por movimientos de balanceo del niño, apareciendo en series o racimos cada 1-5 segundos y durante unos 20-30 minutos. Se presentan en la primera semana de vida y desaparecen sin necesidad de tratamiento antes del tercer mes. El EEG ictal es normal, lo que ayuda a diferenciarlo de las crisis de origen epiléptico.

- **Terrores nocturnos**

Son episodios de angustia o terror que se presentan en niños desde los 3 años de vida. Ocurren durante el primer ciclo del sueño, en el paso de la fase IV a la fase REM. Suelen iniciarse de forma brusca, el niño se sienta asustado, con sudoración, midriasis y taquicardia, y grita con cara de

pavor, sin respuesta a las órdenes y desorientado, refiriendo ver monstruos o animales. Suelen durar varios minutos regresando a su sueño con normalidad. Al día siguiente no recuerdan lo sucedido. Si estos episodios son muy frecuentes pueden utilizarse benzodiazepinas al dormir.

- **Pesadillas**

Ocurren en la fase REM, en la segunda mitad del sueño nocturno. Tienen su inicio después de los 18 meses de vida y son ensoñaciones de contenido aterrador que provocan el despertar del niño que llora angustiado, reviviendo lo soñado, orientado y con miedo a volver a dormir. Al día siguiente pueden recordar lo soñado. Si son frecuentes pueden evocar una personalidad ansiosa del niño, y a veces precisan psicoterapia

- **Sonambulismo**

Es un trastorno del despertar en el que el niño se incorpora de la cama, con los ojos abiertos, camina y realiza acciones de forma lenta y torpe. Si se despierta está confuso y no tienen dificultad para regresar a la cama. Hay amnesia del episodio al día siguiente. Ocurren entre los 4 y los 12 años.

- **Ritmias motoras**

Son movimientos rítmicos que ocurren en la transición de vigilia al sueño en lactantes y niños pequeños sin significado patológico. Se describen los siguientes:

- Jactatio capitis nocturna*: golpeteo repetido y rítmico de la cabeza contra una superficie (cabecero de la cama o almohada)
- Head banging*: movimientos rítmicos de la cabeza en sentido anteroposterior que habitualmente ocurren en sedestación al conciliar el sueño.
- Head rolling*: giros rítmicos de la cabeza hacia ambos lados
- Body rolling*: giros rítmicos del cuerpo hacia ambos lados
- Body rocking*: movimientos rítmicos de balanceo del cuerpo estando apoyado el niño sobre manos y rodillas.

- **Narcolepsia**

Son episodios súbitos de sueño, que no se pueden controlar, y que ocurren varias veces al día. Son favorecidos por ambientes cálidos o situaciones de aburrimiento. Son raros en la infancia. Es frecuente que asocien otros síntomas como la *cataplejía* (pérdida súbita del tono postural sin pérdida de conciencia), las *alucinaciones hipnagógicas* (alucinaciones visuales o auditivas que ocurren en la fase de

adormecimiento y son de corta duración) y las *parálisis del sueño* (que son trastornos del tono postural que impiden al paciente moverse durante breve espacio de tiempo y que igualmente ocurren en la fase de adormecimiento).

- **Mioclónías fisiológicas del sueño**

Son sacudidas bruscas y aisladas de tronco y miembros que aparecen al inicio del sueño y que asocian sensación desagradable de caída al vacío. Es frecuente en situaciones de estrés o fatiga.

- **Despertares confusos o incompletos**

Son despertares, que ocurren en la fase de sueño profundo en la primera mitad del sueño, en las que el paciente se despierta desorientado y confuso con acciones y respuesta inadecuadas. Suelen resistirse a volver a la cama y en ocasiones tienen vago recuerdo de lo ocurrido. Se inician generalmente antes de los 5 años y está favorecido por situaciones de estrés o privaciones de sueño

- **Síndrome de piernas inquietas**

Es una necesidad irresistible de mover las piernas al echarse en la cama para dormir al tener sensación de malestar (hormigueo, quemazón, dolorimiento). Son más frecuentes en el adulto. Algunos autores lo relacionan con ferropenia, uremia o lesiones medulares o de nervio periférico.

- **Movimientos periódicos durante el sueño**

Son contracciones sostenidas de carácter periódico y estereotipado, bilaterales asimétricos o unilaterales. Suelen consistir en contracciones de la musculatura flexora de las piernas de duración entre 0.5 y 5 segundos y que recurren en intervalos de 5-90 segundos.

#### 4. TRASTORNOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS DE ORIGEN PSICÓGENO

- **Rabietas**

Son episodios breves y repetidos de furia incontrolable en respuesta a leves frustraciones o caprichos. Durante los episodios los niños gritan chillan, arañan, muerden, se revuelcan en el sueño, patean sin responder a estímulos y al finalizar al cabo de los minutos quedan agotados y somnolientos. Estas conductas son frecuentes en niños con

educación inadecuada pero también en niños con retraso madurativo y con trastornos conductuales.

- **Crisis de pánico**

Son reacciones súbitas anormales, desencadenadas habitualmente por factores específicos, que se manifiestan por palpitaciones, sudoración, sensación de falta de aire, opresión torácica, temblores, parestesias, vértigos y en ocasiones con pérdida de conciencia (no siempre completa) y del control de esfínteres. Pueden confundirse con crisis epilépticas de origen temporal. Con una anamnesis bien dirigida suele ser suficiente para hacer el diagnóstico, aunque en ocasiones es preciso realizar monitorización EEG

- **Pseudocrisis epilépticas o crisis psicógenas no epilépticas**

Son manifestaciones críticas simuladas o histéricas que tratan de imitar crisis de origen epiléptico. Son más frecuentes en niñas y en pacientes que además presentan crisis de verdadero origen epiléptico, lo que puede plantear el diagnóstico de epilepsia refractaria con las consecuencias que ello conlleva. Ocurren casi siempre en vigilia y cuando hay gente alrededor. Suelen ser muy teatrales y con movimientos abigarrados que sugieren intencionalidad. En muchas ocasiones son sugestionables y ceden con placebo, sin embargo, el diagnóstico no siempre es fácil y puede llegar a ser necesaria la monitorización de video-EEG

Se describen en la tabla III las diferencias entre crisis epilépticas y pseudocrisis

- **Rumiación**

Son episodios de hiperextensión de cuello, regurgitación y deglución de alimentos parcialmente digeridos, y que pueden manifestarse en niños con trastornos del comportamiento.

- **Crisis de hiperventilación psicógena**

Son cuadros que suelen presentarse con más frecuencia en mujeres adolescentes, y se caracterizan por una respiración agitada con sensación de falta de aire, acompañada de palpitaciones, opresión torácica, mareos, parestesias y gran ansiedad y miedo a morir durante el episodio. En ocasiones según la intensidad del cuadro puede provocar un estado de tetania o incluso un cuadro sincopal.

**Tabla III. Diagnóstico diferencial entre pseudocrisis y crisis epilépticas. Tomado de Herranz Fernández JL. Trastornos paroxísticos no epilépticos. *Pediatr Integral* 2007; XI (9): 799-810.**

	<b>PSEUDOCRISIS</b>	<b>CRISIS EPILEPTICAS</b>
<b>Edad de inicio</b>	> de 6 años	variable
<b>Desencadenantes</b>	Habituales (estrés, frustración ansiedad)	Raros (salvo crisis reflejas)
<b>Se inducen por sugestión</b>	Sí	No
<b>Durante el sueño</b>	Excepcional	Frecuente
<b>Prodromos</b>	Frecuentes	Ocasionales
<b>Comienzo de las crisis</b>	Gradual	Brusco
<b>Estado de conciencia</b>	Conservada o ligeramente alterado	Afectada parcial o totalmente
<b>Vocalizaciones</b>	Intermitentes con contenido emocional	Continuas monótonas en algunos tipos de crisis
<b>Movimientos</b>	Variables, intermitentes y arrítmicos	Rítmicos y se lentifican progresivamente
<b>Sacudidas pélvicas</b>	Sí	No
<b>Rotación de los ojos</b>	Habitual	Excepcional
<b>Desviación de la mirada</b>	Habitual	Ocasional
<b>Cianosis</b>	Rara	Frecuente
<b>Enuresis</b>	Excepcional	Frecuente
<b>Mordedura de lengua</b>	Excepcional de la punta de la lengua	Frecuente en los lados de la lengua
<b>Resistencia a la inmovilización</b>	Habitual	No
<b>Protección con las manos</b>	Habitual	No
<b>Autolesiones</b>	Excepcionales	Posibles
<b>Llanto</b>	Posible	No durante la crisis
<b>Respuesta a estímulos dolorosos</b>	Sí	NO
<b>Finalización de la crisis</b>	Gradual	Brusco
<b>Postcrisis</b>	Normalización	Confusión o sueño
<b>Beneficio con la crisis</b>	Habitual	Excepcional
<b>EEG crítico</b>	Normal	Patológico con excepciones
<b>Video-EEG</b>	Artefactos durante la crisis	Actividad paroxística crítica

## 5. OTROS TPNE

- **Migraña**

Las cefaleas migrañosas son cuadros de cefalea fáciles de identificar en adultos y niños mayores. No obstante, en niños más pequeños y algunos tipos de migraña, puede hacernos pensar en la presencia de un cuadro epiléptico antes que en una migraña.

En la migraña basilar los episodios se caracterizan por vértigos, ataxia, parestesias, disartria, pérdida de visión bilateral, acúfenos y deterioro del nivel de conciencia. Poco después suele hacerse presente la cefalea. En la migraña confusional aguda aparece un cuadro de confusión mental con agitación y desorientación que igualmente suele preceder a las cefaleas

- **Vértigo paroxístico benigno de la infancia**

Son episodios de vértigo de corta duración, de aparición brusca, que aparecen entre el año de vida y los 3 años, manifestándose con incapacidad súbita para mantener el equilibrio, agarrándose el niño a la persona o al objeto más cercano o bien echándose en el suelo en posición de gateo. Puede asociarse vómitos, palidez y nistagmo pero no pérdida de conciencia. La recuperación ocurre en segundos o minutos. La frecuencia de los episodios es también variable. Desaparecen en la edad escolar. Algunos autores han detectado alteraciones en las pruebas de función vestibular. Es considerado como precursor de la migraña.

- **Hemiplejía alternante**

Son cuadros caracterizados por hemiplejía aguda durante la lactancia que se manifiestan por rigidez tónica, trastornos oculomotores y signos vegetativos, alternando el lado de afectación del hemicuerpo. Habitualmente se recuperan en minutos o días de forma completa, si bien, con los meses y años aparece deterioro cognitivo, movimientos coreoatetósicos, nistagmo, ataxia y signos piramidales. Se ha ensayado con flunarizina con mejoría de los cuadros. El EEG puede mostrar lentificación del hemisferio contralateral al del lado afecto.

- **Cataplejía**

Son episodios de pérdida brusca del tono muscular con caída al suelo, precipitado por la risa o alguna emoción fuerte. No existe pérdida de conciencia y la recuperación es completa a los pocos minutos. Son frecuentes en la narcolepsia, pero debemos de tener presente (junto con otros síntomas) la enfermedad de Niemann-Pick tipo C. Pueden ser confundidos estos episodios con crisis atónicas reflejas o crisis gelásticas.

- **Trastornos metabólicos**

No es infrecuente que en el contexto de una alteración metabólica se produzcan fenómenos paroxísticos que en muchas ocasiones nos plantean el diagnóstico diferencial con las crisis de origen epiléptico.

- i. Hipoglucemias: en el neonato y el lactante puede provocar desde leves tremulaciones hasta crisis convulsivas. En edades posteriores pueden presentarse como episodios de pérdida de conciencia que suelen acompañarse de síntomas como sudoración, palpitaciones, nerviosismo (que puede confundirse con ataques de ansiedad), sensación de embriaguez, trastornos visuales, y si la hipoglucemia es severa pueden parecer crisis convulsivas y llegar incluso al coma.
- ii. Hipocalcemia: independientemente de la causa puede provocar parestesias, rigidez, calambres musculares y espasmos carpopedales. La tetania se caracteriza por espasmos tónicos en flexión de brazos y extensión de piernas que se pueden desencadenar por la hiperventilación (psicógena).

## CONCLUSIONES

Los TPNE en la infancia son motivos de consultas frecuentes en Pediatría y Neuropediatría, mucho más que las crisis epilépticas, por lo que su conocimiento, con la condición de benignidad y transitoriedad de la mayoría de ellos, es fundamental no sólo para realizar un adecuado diagnóstico, sino también para evitar terapias innecesarias, consultas repetidas, y para calmar la excesiva y comprensible ansiedad que estos episodios provocan en los familiares. Por ello, se hace necesaria una divulgación de estos trastornos entre estudiantes de Medicina, residentes de Pediatría y Medicina de Familia así como en los diversos especialistas que asisten niños en los servicios de Pediatría y Urgencias pediátricas

## BIBLIOGRAFÍA

Alonso Salas MT, Palomino García A. Trastornos paroxísticos no epilépticos. Protocolos de Urgencias Pediátricas de la Asociación española de Pediatría. Ed Ergon. 2ª ed. 2010: 189-198.

Arce Portillo E, Blanco Martínez B. Trastornos paroxísticos no epilépticos. En: Alonso Salas MT, Navarro González J. Manual de Urgencias en Pediatría. Ed. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, 2009: 254-8

Bernasconi A, Andermann F, Andermann E. *Hyperekplexia: genetics and culture-bound stimulus-induced disorders*. En: Guerrini R, Aicardi J, Andermann F, Hallet M. Epilepsy and Movement Disorders. Ed Cambridge 2002: 151-164.

Fejerman N, Caraballo RH. *Trastornos paroxísticos y síntomas episódicos no epilépticos*. En: Fejerman N, Fernández Álvarez E. Neurología Pediátrica, 3ª edición. Ed Panamericana. 2007: 660-674

Fernández Álvarez E. *Paroxysmal Movement Disorders*. En: Fernández-Álvarez E, Aicardi J. Movement Disorders in Children. Mac-Keith Press: 2001: 152-169.

Herranz Fernández JL. *Trastornos paroxísticos no epilépticos*. Pediatr Integral 2007; XI (9); 799-810.

López Pisón J, Arana Navarro T, Fernández-Álvarez E. *Trastornos del movimiento no epilépticos en la infancia*. Rev Pediatr Aten Primaria, 2009; 11 (supl 11): s371-379.

Moharir MD, Ouvrier RA, Grattan-Smith P. *Transient movement disorders of infancy and childhood*. En: Fernández-Álvarez E, Arzimanoglou A, Tolosa E. Paediatric movement disorders. Progress in understanding. Ed John Libbey 2005: 19-30.

Mulas Delgado F, Morant Gimeno A, Hernández Muela S. *Episodios paroxísticos no epilépticos*. Protocolos de Neurología de la Asociación Española de Pediatría, 2ª edición, 2008: 66-70.

Nardoci N, Fernández-Álvarez E, Wood N et al. *The paroxysmal dyskinesias*. En: Guerrini R, Aicardi J, Andermann F, Hallet M. Epilepsy and movement disorders. Ed Cambridge 2002: 125-140

Nieto-Barrera M. *Trastornos paroxísticos y síntomas episódicos no epilépticos*. Rev Neurol 1999;28: 73-76.

Ruiz-Falcó Rojas ML. *Trastornos paroxísticos no epilépticos*. Pediatr integral, 2003; VII (9): 663-670