

CRISIS CONVULSIVAS

Rosa González ME, Vallejo Hernández R, Panadero del Olmo LE, Gómez González del Tánago P, López Llerena A, Gómez Gómez-Macaraque E, Panadero Carlavilla FJ.

RESUMEN

Una crisis comicial es la manifestación de una descarga anormal, sincronizada y excesiva de neuronas corticales. Por lo general son episodios breves, paroxísticos y autolimitados. Dependiendo del área cerebral afectada, la crisis tiene manifestaciones diversas (motoras, sensitivas, psíquicas, etc.) Se dividen en dos categorías: por un lado están las crisis convulsivas parciales o focales que empiezan en un área del cerebro (o sea un punto focal del cerebro) y afectan la parte del cuerpo que está controlada por dicha área del cerebro y las crisis convulsivas generalizadas que comprometen todo el cerebro y por tanto todo el cuerpo. Existen determinadas circunstancias que pueden relacionarse con la aparición de crisis: la primera es el abandono de la medicación o el olvido de las tomas, también puede estar desencadenado por alteraciones del ritmo sueño-vigilia, especialmente la privación del sueño, alcohol,estrés ,tanto físico (cirugía, infecciones, traumatismos)como psíquico (estados de ansiedad emocional),cambios hormonales, tumores cerebrales, traumatismos o infecciones del sistema nervioso central entre otros .Las luces intermitentes, la televisión, el ordenador y los videojuegos sólo afectan a las personas con epilepsias fotosensibles, que son el 2% de todas las epilepsias. Una convulsión no es sinónimo de epilepsia. Existen crisis convulsivas no epilépticas que se deben a cambios bruscos en el comportamiento y tono postural que semejan crisis epilépticas pero que no asocian los cambios neurofisiológicos típicos que caracterizan la epilepsia. Los informes más recientes indican que uno de cada adulto 200 adultos presenta epilepsia. Si se incluyen las convulsiones asociadas a fiebre en los niños menores de 5 años y los que sólo han tenido un episodio convulsivo, la estadística aumenta a una de cada 80 personas. Se llama estado epiléptico a una convulsión con una duración mayor de 30 minutos o crisis repetidas sin recuperación del nivel de conciencia en los periodos interictales. Se estima que aproximadamente un 7% de epilépticos entrará en status. Puede originarse daño neuronal a los 30-60 minutos de actividad convulsiva continua. El estado convulsivo se asocia a numerosas complicaciones, por cuanto la actuación en un servicio de Urgencias debe ir dirigida tanto al control de la crisis convulsiva, como a evitar las posibles complicaciones que puedan implicar un riesgo vital. Hay que asegurar primero la estabilidad cardiorrespiratoria y hemodinámica del paciente y posteriormente iniciar tratamiento anticomicial.

INTRODUCCIÓN

Una crisis convulsiva es una descarga sincrónica excesiva de un grupo neuronal que dependiendo de su localización se manifiesta con síntomas motores, sensitivos, autonómicos o de carácter psíquico, con o sin pérdida de conciencia. Las convulsiones pueden ser sintomáticas o secundarias, es decir, desencadenadas por un estímulo transitorio que afecte a la actividad cerebral (hipoglucemia, traumatismos, fiebre, infección del sistema nervioso central), o de carácter idiopático sin relación temporal con un estímulo conocido. Se puede definir, (aunque no siempre como ya hemos apuntado aparecen síntomas motores) como la presentación súbita e inesperada de contracciones musculares involuntarias que pueden afectar a un músculo o grupo muscular de forma aislada, pero también generalizarse a todo el cuerpo. El origen de estas crisis es debido a una actividad exagerada de muchas neuronas que descargan al mismo tiempo impulsos nerviosos.

Se distinguen convulsiones tónicas, donde los músculos se contraen fuertemente; convulsiones mioclónicas, donde la contracción se hace de forma alternativa y son responsables de sacudidas cortas y repetidas aunque otros tipos de movimientos son posibles, en función de las neuronas que se encuentran activadas.

La crisis convulsiva puede adoptar diferentes aspectos. Sin embargo crisis convulsiva no es sinónimo de epilepsia, particularmente en los lactantes, donde pueden aparecer convulsiones en un contexto de fiebre alta: son las convulsiones febriles

EPILEPSIA

Las crisis epilépticas son episodios autolimitados en los que se altera la función cerebral, causados por una actividad anormal excesiva y sincronizada de grupos de neuronas corticales. La expresión clínica de las crisis tiene relación con la función del cortex cerebral implicado en la descarga, de modo que se producen síntomas motores cuando se afectan áreas frontales, sensitivos si la descarga compromete regiones parietales, visuales si afecta zonas occipitales y psíquicas o emocionales cuando intervienen estructuras temporales. Es habitual que la activación neuronal se propague de unas zonas a otras y se sucedan síntomas motores, cognitivos y sensoriales.

Aproximadamente el 10% de la población tiene riesgo de sufrir una crisis convulsiva a lo largo de su vida y el 3% de padecer epilepsia, siendo máxima la incidencia en niños, adolescentes y ancianos.

Es de suma importancia diferenciar aquellas crisis en las que no se encuentra causa aguda responsable de las que tienen un claro correlato temporal con agresiones agudas al sistema nervioso central (traumatismo, infección, hemorragia, infarto) o proceso sistémico (ingesta o privación

de alcohol y drogas, trastorno metabólico). En el primer caso hablamos de crisis no provocadas o remotas y, en el segundo de crisis provocadas o agudas sintomáticas.

La aparición de una crisis aislada no implica, necesariamente, la de una epilepsia. Hasta ahora era preciso la existencia de al menos dos crisis no provocadas para diagnosticar al enfermo de epiléptico, pero esto ha cambiado recientemente llegando al consenso que la epilepsia es una alteración cerebral caracterizada por la predisposición permanente para generar crisis y, por las consecuencias neurológicas, cognitivas, psicológicas y sociales derivada de esta condición, siendo posible su diagnóstico tras una crisis no provocada aislada en bastantes casos.

La epilepsia no es una enfermedad única sino que comprende muchos tipos de síndromes. Los criterios que determinan un tipo de síndrome no solo dependen del tipo de crisis, si no que, además, vienen dados por el tipo de anomalía en el EEG, edad de inicio de los síntomas, existencia de factores precipitantes, su causa, pronóstico, respuesta al tratamiento y localización anatómica del foco inicial de la crisis. Hablamos de enfermedad epiléptica cuando nos referimos a un síndrome epiléptico con una causa bien determinada.

Hay que diferenciar entre factores etimológicos y precipitantes. Los primeros son la causa directamente responsable de las crisis y los factores precipitantes son los que facilitan la aparición de la crisis en una persona predispuesta (estrés, privación de sueño, fiebre, procesos sintéticos agudos, alcohol, tóxicos y menstruación)

Las causas de crisis y epilepsia son variadas y su importancia cambia según la edad del paciente. En niños predominan las febriles, epilepsia idiopática y alteraciones prenatales, mientras que en adultos las causas predominantes son tumores y TCE. En ancianos que debutan con crisis la causa más habitual es el ictus.



Causas más frecuentes de epilepsia según la edad

- 0-2 años: anorexia perinatal: en neonatos cualquier trastorno metabólico excepto hiperpotasemia, alteraciones genéticas o del desarrollo, hemorragia, infecciones.
- 2-12 años: idiopática, crisis febriles.
- 12-18 años: idiopática, traumática.
- 18-35 años: traumática.
- 35-55 años: tumoral.
- Más de 55 años: enfermedad cerebrovascular, alteraciones metabólicas, tóxicos.

La clasificación de las crisis epilépticas se basa en la observación clínica y en la expresión electroencefalográfica ictal e interictal. Se dividen en dos tipos principales: parciales (tienen un origen focal o un área cerebral restringida) y generalizadas (implican un inicio bilateral, simétrico y sincrónico de la corteza). A su vez las crisis parciales pueden ser simples (sin alteración del nivel de conciencia) o complejas (si provocan alteración de conciencia) y subdividirse a su vez según si las manifestaciones son motoras, sensitivas, autonómicas o relacionadas con la esfera psíquica, aportando esta importante información sobre la localización del inicio de la crisis.

El diagrama muestra una clasificación de las crisis epilépticas en cuatro categorías principales, cada una con subtipos:

- Crisis parciales o focales**
 - a. Simples (signos motores, sensoriales, autónomos o psíquicos)
 - b. Complejas (ataques psicomotores o del lóbulo temporal)
 - c. Secundariamente generalizadas
- Crisis generalizadas**
 - a. Ausencias típicas y atípicas
 - b. Tónico-clónicas
 - c. Mioclónicas
 - d. Tónicas
 - e. Clónicas
 - f. Atónicas
 - g. Espasmos infantiles
- Estado epiléptico**
 - a. Tónico-clónico
 - b. Ausencia
 - c. Epilepsia parcial continua
- Patrones de recurrencia**
 - a. Esporádico
 - b. Cíclico
 - c. Reflejo

CRISIS PARCIALES: Los primeros signos clínicos y/o electroencefalográficos traducen una localización anatómica o funcional como origen de la crisis, si bien cualquier tipo de crisis parcial puede generalizarse secundariamente. En el electroencefalograma la descarga solo se registra en algunas zonas, al menos al inicio de la crisis.

- **Crisis parciales simples:** No se produce pérdida de conciencia. Se manifiesta con síntomas motores, sensitivos, sensoriales (auditivos, olfatorios, visuales), vegetativos (sudoración, piloerección) vasomotores o psíquicos (miedo, *deja-vu*, despersonalización).
- **Crisis parciales complejas:** No se produce convulsión sino una detención brusca de la actividad. Son típicos los automatismos como chupeteos, parpadeos, degluciones repetitivas. A su vez pueden subdividirse:
 - o Crisis con alteración de la conciencia desde el comienzo
 - o Crisis con comienzo parcial simple seguido por alteración de conciencia
- **Crisis parciales que evolucionan a generalizadas tónico-clónicas:**
 - o Parcial simple que evoluciona a generalizada

- Parcial compleja que evoluciona a generalizada

CRISIS GENERALIZADA (convulsiva o no)

La alteración de la conciencia en las crisis complejas puede ir precedida de una serie de síntomas previos, característicos y estereotipados que reciben el nombre de aura y, dado que la conciencia está aun preservada, puede considerarse una crisis parcial simple que evoluciona a compleja.

Una crisis es secundariamente generalizada cuando surge de la propagación a ambos hemisferios de una crisis parcial. Generalmente son del tipo tónico-clónico. Mientras que las crisis generalizadas vienen definidas por los fenómenos motores observados, además del patrón electroencefalográfico



- **Crisis de ausencia:** Crisis de desconexión del medio, de breve duración con inicio y final brusco. Sin manifestaciones motoras prominentes, pueden acompañarse de automatismos mínimos (movimientos de chupeteo, movimientos oculares, parpadeo rápido, y/o discreta actividad tónica clónica o atónica. Generalmente duran menos de 10 segundos y presentan una punta-onda generalizada a 3Hz en el electroencefalograma. Tienen buen pronóstico, suelen desaparecer antes de los 20 años en el 85% de los casos. No se asocian con retraso mental posterior.
- **Ausencia atípicas:** Clínicamente son muy similares a las típicas, aparecen principalmente en pacientes con anomalías cerebrales previas y retraso mental, presentan con más frecuencia automatismos. En el Electroencefalograma el inicio y fin de las crisis no es tan brusco y aparece un patrón de punta-onda lenta (menos de 3Hz). Este tipo de pacientes responde peor a la medicación. En este grupo se incluyen síndromes como Lennox-Gastaut cuyo pico de incidencia tiene lugar entre los 2-10 años de edad y se suele asociar a retraso mental. Suele ser una evolución natural del sd de West el cual se manifiesta en niños entre los 2 meses-2 años en forma de "salvas", espasmos en flexión, extensión o ambos. En el electroencefalograma de estos pacientes es característica la hipsarritmia, completa desorganización de la actividad eléctrica cerebral de fondo.
- **Crisis clónicas:** sacudidas simétricas y bilaterales de los cuatro miembros de forma rítmica generalmente con flexión en codos y extensión en tobillos. A medida que la crisis progresa suele aumentar la amplitud de las sacudidas y disminuye su frecuencia. Aparecen habitualmente al despertar y están fuertemente asociadas a desencadenantes como el alcohol y la privación de sueño. Es más frecuente en adolescentes entre 13-19 años. Tiene una buena respuesta al tratamiento, no se asocian con retraso mental aunque en el momento que se suspende el tratamiento pueden reaparecer.
- **Crisis mioclónicas generalizadas:** son sacudidas breves, bruscas e irregulares axiales o de los miembros, asociadas a descargas generalizadas en el electroencefalograma que aparece sin alteraciones en el periodo intercrítico. Solo el 10% tiene mala evolución, el resto desaparecen entre los 1-5 años de edad.

- **Crisis tónicas:** repentino aumento sostenido del tono adoptando una postura flexora o extensora.
- **Crisis tónico-clónicas** comprenden una fase tónica generalizada inicial seguida de una fase con clonías rítmicas generalizadas que termina en un periodo postcrítico. Tras una crisis tónico-clónica generalizada, el paciente con frecuencia no recuerda nada de lo ocurrido. La fase postcrítica suele coincidir con un periodo más o menos prolongado en el que el sujeto presenta disminución de su nivel de alerta, contesta de forma confusa, poco coherente y se va recuperando paulatinamente. En este tipo de crisis no es extraño presenciar mordedura lingual lateral y elevación de la prolactina sérica hasta 30 min después de la crisis.



- **Crisis atónicas:** pérdida brusca del tono que puede causar caída o "drop attack". No obstante, no debe considerarse todo cuadro clínico que presente estas características como una crisis atónica; en ocasiones son debidos a crisis tónicas que, al afectar a la musculatura axial, propulsan al individuo al suelo

MANEJO INICIAL DE LA EPILEPSIA

- Confirmar el diagnóstico, establecer su semiología y descartar otros diagnósticos diferenciales.
- Determinar la etiología para indicar un tratamiento específico, si procede.
- Realizar un diagnóstico sindrómico para establecer un pronóstico y decidir el mejor tratamiento en cada caso.
- Si se trata de una crisis aislada, se deben valorar los factores de riesgo de recurrencia que soporten la decisión de iniciar o no un tratamiento con anticonvulsivos.
- Iniciar tratamiento con el fármaco más adecuado al tipo de crisis, en monoterapia, incremento lento de dosis y vigilancia de efectos secundarios.
- Informar al paciente sobre las repercusiones sociales y laborales que implica el diagnóstico (conducción de vehículos, riesgo en algunos deportes o profesiones)

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO TRAS UNA PRIMERA CRISIS NO PROVOCADA

- Factores de riesgo de recurrencia de crisis:
 - o Primera crisis en mayores de 60 años
 - o Crisis parcial
 - o Déficit focal postcrítico.
 - o Exploración neurológica anormal
 - o EEG patológico

- Neuroimagen con lesión potencialmente causante de crisis
- Debut como estatus o crisis subintrañas (situación en que se inicia una nueva crisis antes de haber finalizado la anterior)
- Crisis morfeica (sólo se desencadenan crisis durante el sueño)
- Profesión o situación sociolaboral en la que suponga riesgo importante una segunda crisis.

ESTATUS EPILÉPTICO

Situación en la que una crisis epiléptica, en cualquiera de sus tipos, se repite o persiste durante 30 minutos o más. Actualmente se reconoce el término de estatus epiléptico inminente como la presencia de CTCG (Crisis Tónico Clónicas Generalizadas) que se prolongan más de 5 minutos o crisis intermitentes durante más de 15 minutos en las que no se produzca recuperación del nivel de conciencia. Ello implica la necesidad de tratar con antiepilépticos intravenosos a estos paciente con alto riesgo de desarrollar un estatus epiléptico, aun asumiendo que en algunos las crisis podrían cesar espontáneamente. Debemos ser capaces de diferenciar los convulsivos (EEC) de los no convulsivos (EENC), ya que su pronóstico y manejo terapéutico son diferentes. Los EENC consisten en una disminución del nivel de conciencia o cambio cognitivo o de comportamiento respecto a la situación basal, sin manifestaciones motoras llamativas durante más de 30 minutos y que se acompañan de actividad epileptiforme focal o generalizada en el EEG. Su diagnóstico precisa de un alto grado de sospecha y por ello se trata de una patología infradiagnosticada. Abarcan una gran variedad de situaciones clínicas, desde pacientes ambulantes con una discreta alteración el nivel de conciencia , hasta pacientes en coma .Pueden asociarse manifestaciones motrices sutiles, como automatismo de chupeteo, movimientos oculares o faciales mínimos, o desviación ocular con batidas nistagmoides. Las alteraciones del lenguaje con lentitud, ecolalia y disfagia suelen formar parte de los síntomas, así como alteraciones del comportamiento: agitación, agresividad, risa o llanto inmotivado e incluso síntomas psicóticos o cuadros que se asemejan a una pseudodemencia. Es relativamente frecuente que estos estatus en pacientes ambulatorios, con escasa afectación del nivel de conciencia, se diagnostiquen tardíamente, pasados días o incluso semanas desde su inicio.

El diagnóstico clínico es evidente en el caso de los convulsivos , pero precisa de un alto grado de sospecha en los no convulsivos .Es imprescindible la realización de EEG, que debe realizarse de manera urgente , además en todo estatus, debemos determinar la causa que lo produce de manera simultánea al inicio del tratamiento. En pacientes con epilepsia conocida la causa más habitual es la interrupción del tratamiento o cambios recientes en el mismo.

EENC (Estatus Epiléptico No Convulsivo):

- **EENC de ausencia:** lo más frecuente es que se produzcan en pacientes con diagnóstico previo de epilepsia generalizada. El EE de ausencias *de novo* es una entidad característica que se describe fundamentalmente en ancianos sin antecedentes de epilepsia, en los que se produce un cuadro de desconexión parcial o confusión leve asociado a la retirada brusca de fármacos psicótropos, principalmente benzodiazepinas. Presentan una leve alteración de conciencia (pueden beber, comer, hablar con escasa dificultad, deambular, responden a ordenes sencillas) y en ocasiones presentan cambios de conducta. Pueden tener una duración de horas a días o incluso semanas. Algunas veces aparecen crisis tónico-clónicas intercaladas o como evolución final si se propaga la descarga neuronal al resto del parénquima cerebral.
- **EENC parcial simple:** es un cuadro difícil de reconocer, ya que se suelen presentar manifestaciones clínicas no motoras, como son las acústicas, afasia, disestesias, vegetativas,

psíquicas o visuales, sin alteración de la conciencia. Cuando consiste en sintomatología de semiología negativa (afasia con mayor frecuencia) plantea diagnóstico diferencial de rictus.

- **EENC parcial complejo:** se produce una alteración de la conciencia que oscila desde cuadros confusionales y/o alteraciones marcadas de conducta hasta el coma .Puede acompañarse de automatismo orales o manuales mínimos y dificultades en el lenguaje si afecta al hemisferio dominante. Es el EENC más frecuente (16-43% de los estatus).
- **EENC sutil:** Es el estatus que aparece después de haber presentado crisis tonico-clónicas y, sobre todo, estatus convulsivos tonico-clónicos generalizados ,bien porque no han respondido al tratamiento, bien por tratamiento insuficiente. Lo habitual es que se trate de pacientes que persisten en coma o con bajo nivel de conciencia tras un estatus convulsivo . En estos casos se plantea el diagnóstico diferencial con una situación de estupor postcritico prolongado y un coma farmacológico.

Tratamiento del estatus epiléptico

El EEC es una emergencia médica. En el caso de EENC la actitud varía según el tipo de estatus .En general se debe perseguir la finalización del mismo unido a la prevención de crisis recurrentes, a eliminar los factores precipitantes o causales y las complicaciones que pueda presentar

Fase inicial, crisis tónico-clónicas generalizadas más de 5 minutos

1. Mantener vía aérea permeable, colocar al paciente decúbito y evitar aspiración. Administrar O2 al 100%
2. Obtener un acceso endovenoso para extraer una analítica, gasometría arterial y niveles de FAE si los estaba tomando previamente.
3. Monitorizar TA y frecuencia cardiaca
4. Si no disponemos de glucemia capilar administrar bolo IV de 50ml de glucosa al 50% y 100mg de tiamina
5. Administrar diazepam iv (0,15mg/ Kg) en bolos 2mg /min hasta cese de la crisis con un máximo de 20mg
1. 6.Clonazepam iv 0,02-0,03 mg/Kg (hasta 2mg) como alternativa al diazepam

Estatus Epiléptico establecido:

1. Perfusión de fenitoína iv (18-20mg/Kg) a 50mg /min Siempre monitorizar frecuencia cardiaca. Si no cede, aumentar dosis hasta un total de 30mg/kg.Si el paciente estaba previamente en tratamiento con este fármaco emplear mitad de dosis.
2. Como alternativa a la fenitoína, se puede administrar ácido valproico. De elección en pacientes con cardiopatías, arritmias, estatus epilépticos mioclónicos y de ausencias.
3. Si persiste el estatus más de 30 min asociar una de las siguientes:
 - a. Fenitoina o ácido valproico iv (lo que no se haya usado previamente)
 - b. Levetiracetam iv: bolo 20mg/kg en 5-15 minutos, manteniendo 1500mg /12h
 - c. Fenobarbital iv: bolos de 50-100mg/ min hasta máximo 20mg/kg.
 - d. Diazepam iv: 100mg en 500ml de suero glucosado a 15-40 ml /h

Deben guardarse especiales precauciones con estos dos últimos fármacos, ya que pueden provocar depresión respiratoria y necesidad de intubación del paciente

Estatus epiléptico refractario:

1. Manejo en UCI
2. Intubación
3. Vigilar complicaciones: corregir acidosis. Si hay hipotensión empleo de drogas vasoactivas.
4. Mantener el tratamiento antiepiléptico IV previo
5. Añadir uno de los siguientes: midazolam, propofol, fenobarbital o tiopental.
6. Monitorizar con EEG respuesta y descartar estatus sutil.

Pronóstico del estatus epiléptico

Viene determinado por la edad y la etiología principalmente. Otros factores son la duración y el tipo de patología asociada. La anoxia severa alcanza una mortalidad cercana al 100%. Las alteraciones metabólicas, infecciones sistémicas y del SNC, hemorragias, tumores, ictus y TCE se asocian cada una con una mortalidad del 30% aproximadamente. Causas de estatus con índices bajos de mortalidad son: la suspensión de FAE (Fármacos Anti Epilépticos), y la abstinencia alcohólica. Los pacientes sin antecedentes de epilepsia tienen mayores cifras de mortalidad (48%) que los epilépticos (25%). La edad es otro factor determinante, un 3% de mortalidad en niños con estatus epiléptico frente 26% e adultos y 38% en ancianos. En cuanto al tipo de estatus, los de crisis tonico-clónicas generalizadas son los de peor pronóstico frente a las ausencias que tienen una excelente evolución, encontrándose en un punto intermedio los estatus parciales complejos, siendo su pronóstico más dependiente de la causa y la edad. Se considera que a partir de las 4 horas de duración disminuye drásticamente las posibilidades de revertir el estatus, por lo que la demora en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento resultan determinantes en la evolución del paciente. La mortalidad del estatus también se incrementa cuanto más prolongado es éste.

CRISIS FEBRILES

En la actualidad no se consideran epilepsia. Suponen el 50% de las crisis convulsivas en los primeros 5 años de vida, afectando al 2-3% de la población infantil principalmente varones con predisposición genética entre los 6 meses y los 5 años. Suelen aparecer con fiebre mayor de 38°. El 80% son crisis generalizadas aunque pueden ser focales y seguirse de un déficit neurológico transitorio, este segundo caso con un pronóstico mucho más nefasto. En la mayoría de los casos el electroencefalograma es normal, en otros se pueden encontrar durante unos días ondas lentas en la región occipital, pero a las dos semanas como máximo se normalizan. En un 20-50% de los casos se repiten las crisis desapareciendo antes de los 5 años sin dejar secuelas en la mayoría de los casos.

El tratamiento es simplemente medidas antitérmicas y administración de diacepan iv o vía rectal. No es necesario mantener tratamiento de manera continuada salvo que existan alguno de los factores de riesgo descritos más adelante, en cuyo caso de administra ácido Valproico.

Factores de riesgo para ser epiléptico en la edad adulta después de tener crisis febriles

- Retraso psicomotor previo
- Historia familiar de crisis no febriles
- Crisis febriles complejas: duración de más de 15 minutos, repetición de las mismas en las primeras 24 horas
- Alteraciones cerebrales previas

- Crisis focales en lugar de generalizadas.

Si nos encontramos con la presencia de alguno de estos factores, existe un riesgo del 3% de presentar epilepsia posteriormente. Si ninguno de ellos aparece, el riesgo es del 1%, solo un 0,5 más que la población general.

Pese a una adecuada anamnesis y exploración clínica, es posible confundir una primera crisis con otro cuadro. El síncope es un motivo de consulta más frecuente que la crisis y la principal causa de confusión, especialmente si se trata de un síncope acompañado de convulsiones. Otros episodios que dan lugar a error pueden ser las crisis psicógenas o pseudoepilépticas, AIT (Accidente Isquémico Transitorio), auras migrañosas, amnesia global transitoria, movimientos anormales y algunos trastornos del sueño. En los niños pequeños los espasmos del sollozo, el reflujo gastroesofágico, y el vértigo paroxístico son otros diagnósticos a considerar.

Debemos buscar signos físicos que pueden aparecer tras haber sufrido una crisis: mordedura de lengua, luxación de hombro, TCE, herida. Otros datos como la presencia de alteraciones morfológicas que sugieran cromosopatías o estigmas de enfermedades neurocutáneas pueden incluso orientar hacia la etiología de la crisis (síndrome de Dawn, esclerosis tuberosa, etc).

En el caso de pacientes con diagnóstico previo de epilepsia, habrá que determinar si han presentado crisis, su frecuencia, y si estas difieren de las habituales. Es muy importante indagar sobre factores desencadenantes de crisis y sobre cambios recientes o incumplimiento del tratamiento, que es uno de los principales motivos de descompensación de la epilepsia crónica. Cualquier dato que sugiera un nuevo tipo de crisis o signos nuevos en la exploración general o neurológica obligara a un estudio completo del paciente, similar al abordaje de pacientes con una primera crisis.

BIBLIOGRAFIA

- **Camacho A, González J, Sepúlveda, J.** Urgencias en neurología. Hospital Universitario 12 de octubre. 2ª Ed. Marzo 2013, Ed Ergon. *Completo manual sobre las diversas patologías neurológicas y su actuación terapéutica básica.*
- **Sociedad Española de Neurología.** Guía oficial de la de práctica clínica en epilepsia. Epilepsia en situaciones especiales: comorbilidades, mujer y anciano. *Buenas algoritmos diagnósticos y terapéuticos así como tablas de sencilla visualización de protocolos de actuación*
- **Sánchez-Álvarez JC, Mauri-Llerda JA, Gil-Nagel A, Casas-Fernández C, Salas-Puig J, Lahuerta J, Sancho-Rieger J; Grupo de Estudio de Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología.** Consensus-recommended diagnostic and therapeutic guidelines for drug-resistant epilepsy in Spain (Consenso RATE-España). *Neurología.* 2012; 27(8): 481-90. doi: 10.1016/j.nrl.2011.09.006
- **Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ.** Medicina de urgencias y emergencias. Ed. Elsevier, Sept 2014. Útil para consultar los diversos tratamientos a seguir en cada tipo de crisis y de las pruebas analíticas y de imagen a realizar.