XXIV REUNIÓN
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA
9 AL 11 DE MAYO DE 2019

Episodios paroxísticos en urgencias

Rosario Domingo
Neuropediatra

Arrixaca
Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"

IMIB Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la Arrixaca

ciberer isciii

EPISODIO PAROXÍSTICO

- Situación transitoria de aparición y cese habitualmente bruscos.
- **Episodio paroxístico ≠ Trastorno neurológico**
- Episodios paroxísticos no neurológicos: crisis asmáticas, crisis reumáticas, crisis hipoxémicas, etc.

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS PAROXÍSTICAS

La más frecuente: ***CRISIS CONVULSIVAS***

4-5% (C. Febriles)

CRISIS CONVULSIVAS

Las más significativas: ***CRISIS EPILÉPTICAS***

Incd. : 3%
Prev.: 1%

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

Diagnóstico erróneo más frecuente de epilepsia

30% (Jeavons.83)

12% (Metrick.91)

20% (Scheepers.98)

10% infancia

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO (TPNE)

ERROR DIAGNÓSTICO = CONFUSIÓN CON EPILEPSIA

¿ POR QUÉ ?

1.) Anamnesis mal realizada

2.) Sobrevaloración de:

- **a)** Relajación esfinteriana.
- **b)** Movimientos tónico-clónicos.
- **c)** Antecedentes familiares de epilepsia.
- **d)** Antecedentes personales crisis febriles.

3.) EEG con “anomalías” mal interpretradas

4.) Desconocimiento de los TPNE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO ante la duda – – – – – – → **VÍDEO-EEG**

DEFINICIÓN TPNE

- Síntomas episódicos, intermitentes, de aparición brusca y breve duración.
- Muy variados (identificados 74, Campistol 2014)
- Producidos por mecanismo distinto al fenómeno epiléptico.
- Prevalentes: en conjunto afectan a 10-15% de la población infantil.
- La mayoría pueden diagnosticarse por la clínica y son de curso benigno.
- La base fisiopatológica de muchos de ellos es poco conocida.

DIAGNÓSTICO

LO MÁS IMPORTANTE: DIFERENCIAR DE EPILEPSIA O PATOLOGÍA NEUROLÓGICA GRAVE

- Anamnesis: otros familiares afectos, antecedentes perinatales, edad de inicio, factor desencadenante, qué lo agrava o mejora. Exposición fármacos/drogas.
- Examen físico general y neurológico. De especial importancia en los trastornos paroxísticos del movimiento donde se distinguirá: temblor, corea, distonía, tics, mioclonias, estereotipias y otros movimientos no normales.
- Exámenes complementarios, en función de la clínica.

CLASIFICACIÓN

GRUPO **HETEROGÉNEO** DE TRASTORNOS, PUEDEN CLASIFICARSE ATENDIENDO A DIVERSOS CRITERIOS

- Por grupos de edad
- Por factores desencadenantes
- Por manifestaciones clínicas
- Por producir trastorno motor o no
- Por afectación o no de la conciencia
- Trastornos del sueño
- Otras

TRASTORNOS MOTORES

- Los movimientos anormales involuntarios pueden producirse de forma sintomática de una gran variedad de enfermedades, pueden también presentarse de forma aislada y, en este caso, son con frecuencia familiares.
- En su patogenia están implicados diferentes neurotransmisores, dependiendo del trastorno de que se trate.

TEMBLORES

- Movimientos involuntarios y rítmicos
- Diversos tipos según: frecuencia, amplitud, si se presentan en reposo (raro en infancia) o en la acción.
- El temblor esencial familiar se hereda de forma autosómica dominante.
- Pueden ser secundarios a gran número de procesos patológicos.
- Hay formas sintomáticas muy orientadoras a la enfermedad de base: temblor en reposo del parkinson, el síndrome “de cabeza de muñeca” etc.

COREAS Y DISTONIAS

- Movimientos involuntarios no rítmicos.
- Corea: mov.asimétricos, bruscos y breves, no propositivos, que alteran el reposo o la acción. Variable intensidad.
- Distonía: contracción tónica, transitoriamente mantenida de grupos musculares, agonistas y antagonistas, conduce a posturas anómalas.
- Movimientos relacionados: atetosis y el balismo.
- Hay formas benignas y formas sintomáticas de variable gravedad.
- En relación con patología de ganglios basales.

MIOCLONIAS

- Movimientos involuntarios, rápidos, simétricos o asimétricos, rítmicos o arrítmicos, de un músculo o grupo de músculos.
- Con mayor frecuencia son de origen epiléptico, un grupo encefalopatías graves.
- Las no epilépticas:
    - Genéticas: algunas formas benignas
    - No genéticas, secundarias a múltiple patología

ESTEREOTIPIAS

- Trastorno del movimiento, de postura o expresión verbal repetitivo, involuntario, coordinado, pautado, rítmico, sin propositividad o ritualista.
- No tiene intencionalidad, no responde a estímulos externos.
- Requiere cierto esfuerzo consciente para su aparición, sin planificación motora.
- Son más frecuentes en niños con retraso mental.

TICS

- Son el trastorno del movimiento más frecuente en la infancia. Mayor incidencia: 4-9 años
- Movimientos estereotipados, inoportunos, no propositivos, de variable intensidad.
- Involuntarios aunque se pueden, temporal y parcialmente, reprimir. Tienden a incrementarse con la tensión emocional. Pueden producirse en salvas. Desaparecen en el sueño.
- Predominio en varones. Tendencia a variar de morfología y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos.

TICS

- Tipos:
  - motores simples o complejos
  - fónicos
- Comorbidos con frecuencia con:
  - T. déficit de atención con hiperactividad
  - Trastorno obsesivo-compulsivo
  - Otras alteraciones neurológicas y psíquicas
- Tratamiento: fármacos broqueantes de receptores dopaminérgicos.

TICS

- Por evolución:
  - Tics transitorios de la infancia
  - Tics crónicos
  - Síndrome de Gilles de la Tourette
    - Tics motores y vocales
    - Criterios diagnósticos bien definidos (DSM-IV)
    - Debut antes de los 18 años
    - Carácter crónico
    - Frecuente asociación comórbida con alteración conductual

TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA

- Espasmos del sollozo:
  - Episodios de apnea que se producen después de iniciar el llanto.
  - La apnea produce hipoxia y, por lo tanto, alteración del estado de conciencia. Si se prolonga, puede tener una crisis convulsiva y somnolencia posterior.
  - Hay formas pálidas y cianóticas
  - Tratamiento: técnicas de modificación de conducta, el tratamiento farmacológico es controvertido.

TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA

- Síncopes:
  - Pérdida transitoria de conciencia como consecuencia de perfusión cerebral inadecuada.
  - Síntomas premonitorios: nauseas, ansiedad, alteración visual etc.
  - Si es prolongada, puede seguirse de convulsión, generalmente tónica.
  - Factores predisponentes: calor, posición de pie, miedo, tensión emocional, patología cardiaca.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

- Terrores nocturnos:
  - Alteración del sueño No-REM, durante el sueño de ondas lentas.
  - Aparecen una o dos horas después de iniciar el sueño.
  - Bruscamente parece despertarse agitado, aterrado, con síntomas vegetativos, no puede ser consolado. Suele ser breve.
  - Al terminar el episodio, no recuerdan nada y vuelve a dormirse.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

- Pesadillas: ocurren durante el sueño REM por lo que sí pueden recordarse.
- Las somniloquias y sonambulismo ocurren durante el sueño No-REM
- Otras parasomnias: bruxismo, sueño intranquilo, enuresis nocturna.
- Aunque habitualmente se diagnostican con la historia clínica, en ocasiones es preciso realizar estudios de EEG para distinguirlos de las epilepsias en relación con el sueño.

OTROS EPISODIOS PAROXÍSTICOS

- Migraña
- Tortícolis paroxístico de la infancia
- Distonía paroxística
- Vértigo paroxístico benigno
- Episodios de estremecimiento
- Síndrome periódico
- …

TRATAMIENTO

- En los secundarios a otra patología de base, se trata ésta.
- La mayoría no precisa tratamiento porque son de curso benigno e incluso muchos tienden a mejorar o desaparecer.
- En los que alteran el normal funcionamiento, tratar según tipo de sintomatología.

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

CLASIFICACIÓN

1) TPNE SECUNDARIOS A HIPOXIA CEREBRAL: CRISIS ANÓXICAS

2) TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

3) TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

4) TPNE EN RELACIÓN CON EL SUEÑO

5) OTROS TPNE

A) TPNE DE CAUSA SISTÉMICA (cardiaco, metabólico, respiratorio, digestivo)

B) TPNE Y MIGRAÑA (migraña complicada)(vértigo paroxístico, hemiplejía alternante..)

C) SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA ABORTADA (ALTE)

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❶ TPNE SECUNDARIOS A HIPOXIA CEREBRAL: CRISIS ANÓXICAS

① ESPASMOS DEL SOLLOZO (Breth-Holding Spell)

a) CIANÓTICO

b) PÁLIDO

Frecuencia: 5% < 5 años

Edad: **6 meses a 3 años** (semanas a 6 años)

Evolución: Desaparecen ≈ 5 años

② SÍNCOPES

a) VASO VAGALES O REFLEJOS

b) CARDIACOS

c) FEBRILES

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❶ TPNE SECUNDARIOS A HIPOXIA CEREBRAL: CRISIS ANÓXICAS

① ESPASMOS DEL SOLLOZO (Breth-Holding Spell)

a) CIANÓTICO (crisis respiratorias afectivas)

Factor desencadenante: Ira, enojo, enfado.

Fisiopatogenia:

Inspiración prolongada
↑ presión torácica
↓ volumen/minuto cardíaco
Asistolia
Hipoxia cerebral

Sintomatología:

Factor desencadenante → Llanto → Apnea (**Grado I**)
Cianosis (**Grado II**)
Pérdida de conciencia (**Grado III**)
Hipotonía (**Grado IV**)
Hipertonía → Mioclonías (**Grado V**)

Anoxia: - / +

Recuperación espontánea y completa

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❶ TPNE SECUNDARIOS A HIPOXIA CEREBRAL: CRISIS ANÓXICAS

① ESPASMOS DEL SOLLOZO (Breth-Holding Spell)

b) PÁLIDO (Crisis anóxica refleja)

Factor desencadenante: TCE leve (occipital), temor, sorpresa.

Fisiopatogenia:

Hipervagotonía refleja.
↑ respuestas cardioinhibitorias.
Asistolia.
Hipoxia cerebral.

Sintomatología:

Factor desencadenante.
Pérdida brusca de conciencia + Palidez (Sin llanto previo).
Rigidez → Opistótonos.
Sacudidas mioclónicas.

Hipoxia: - (Pérdida brusca de conciencia + Palidez) → + (Sacudidas mioclónicas)

Recuperación espontánea y completa

① ESPASMOS DEL SOLLOZO (Breth-Holding Spell)

① ESPASMOS DEL SOLLOZO (Breth-Holding Spell)

ESPASMO SOLLOZO CIANÓTICO GRAVE

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❶ TPNE SECUNDARIOS A HIPOXIA CEREBRAL: CRISIS ANÓXICAS

② SÍNCOPES

a) VASO-VAGALES O REFLEJOS

Factor desencadenante: Dolor intenso, inyecciones, visión de sangre, Olores especiales, calor excesivo, …

Fisiopatogenia: ↓ TA. → Fallo hemodinámico → Hipoxia cerebral.

Sintomatología:

Hipoxia: - → +

- Factor desencadenante.
- Sensación vertiginosa → Visión borrosa. (**Lipotimia**)
- Zumbidos → Nauseas → Sudoración → Palidez.
- Parestesias → Pérdida de conciencia.
- > 15 segundos: Espasmo tónico + Mioclonias. (**Síncope convulsivo**)

Recuperación espontánea y completa

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❶ TPNE SECUNDARIOS A HIPOXIA CEREBRAL: CRISIS ANÓXICAS

② SÍNCOPES

b) CARDIACOS

Factor desencadenante: ***Alteración ritmo cardíaco***

- Síndrome Wolff Parkinson-White.
- Síndrome del QT largo.
- Bloqueos cardíacos.

Procesos obstructivos

- Miocarditis.
- Miocardiopatías hipertróficas.

Fisiopatogenia: ↓ TA. → Fallo hemodinámico → Hipoxia cerebral.

Sintomatología: Pérdida súbita de conciencia (sin pródromos).

En ocasiones: movimientos convulsivos.

Pronóstico en dependencia del origen

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❶ TPNE SECUNDARIOS A HIPOXIA CEREBRAL: CRISIS ANÓXICAS

② SÍNCOPES

c) FEBRILES

Factor desencadenante: Hipertermia.

Fisiopatogenia: ↓ TA. → Fallo hemodinámico → Hipoxia cerebral.

Sintomatología:
- Pérdida de conciencia brusca y del tono postural.
- No se asocian a manifestaciones motoras.
- Pueden coexistir con Crisis Febriles.

Recuperación espontánea y completa

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❷ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

1) CRISIS DE HIPERVENTILACIÓN PSICÓGENA

2) CRISIS DE RABIETAS (SD. DE DESCONTROL EPISÓDICO)

3) CRISIS DE PÁNICO (CRISIS DE ANGUSTIA)

4) CRISIS DE AUTOESTIMULACIÓN (ONANISMO)

5) PSEUDOCRISIS EPILÉPTICA (CRISIS HISTÉRICA)

6) CRISIS DE RUMIACIÓN

7) EPISODIOS INDUCIDOS (SD. MUNCHAUSEN POR PODERES)

❷ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

RABIETA CON PÚBLICO

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❷ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

1) CRISIS DE HIPERVENTILACIÓN PSICÓGENA

2) CRISIS DE RABIETAS (SD. DE DESCONTROL EPISÓDICO)

3) CRISIS DE PÁNICO (CRISIS DE ANGUSTIA)

4) CRISIS DE AUTOESTIMULACIÓN (ONANISMO)

5) PSEUDOCRISIS EPILÉPTICA (CRISIS HISTÉRICA)

6) CRISIS DE RUMIACIÓN

7) EPISODIOS INDUCIDOS (SD. MUNCHAUSEN POR PODERES)

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❷ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

4) CRISIS DE AUTOESTIMULACIÓN (ONANISMO)

Sintomatología:
- Adopción "posturas especiales" (Decúbito+Piernas cruzadas).
- Frotación genital.
- Agitación + Rubefacción facial + Sudoración.
- Jadeo + Temblor.

Fisiopatogenia: Base psicógena. (Niños neuropáticos – Sobreprotegidos)

Aclarar diagnóstico: Edad inferior a 12 meses

Recuperación espontánea y completa

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❸ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

1) EXAGERACIÓN DE CONDUCTAS MOTORAS NORMALES

2) ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO BENIGNO Y TRANSITORIO

3) RITMIAS MOTORAS

4) MOVIMIENTOS ANORMALES SINTOMÁTICOS

5) TRASTORNOS PAROXÍSTICOS DEL MOVIMIENTO

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❸ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

1) EXAGERACIÓN DE CONDUCTAS MOTORAS NORMALES

Son movimientos normales, pero que llaman la atención por su inusitada intensidad.

Mioclonias fisiológicas del sueño

Sacudida muscular durante el sueño de muy breve duración, favorecido por el estrés y abuso de sustancias estimulantes.

Respuesta exagerada a la sorpresa

Sacudida muscular exagerada ante un estímulo inesperado, favorecido por el estrés y abuso de sustancias estimulantes.

Tremulaciones del RN.

Movimientos rítmicos y de alta frecuencia, localizados en mentón y/o extremidades, sin significado patológico, pero son más frecuentes en RN que han sufrido hipoxia perinatal, y en hijos de madres drogodependientes.
ORIGEN: Nivel de excitabilidad neuronal aumentado y transitorio.

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❸ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

2) ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO BENIGNO Y TRANSITORIO

Representan una alteración del movimiento, pero de pronóstico benigno y con tendencia a desaparecer espontáneamente con la maduración neurológica.

- **Crisis de estremecimiento** (Shuddering spells)(Shuddering attacks)
- **Mioclonias benignas de la infancia**
- **Mioclonus nocturno benigno del neonato**
- **Distonía paroxística transitoria del lactante**
- **Tortícolis paroxístico benigno**
- **Desviación ocular paroxística benigna del lactante**

2) ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO BENIGNO Y TRANSITORIO

Crisis de estremecimiento (Shuddering spells)(Shuddering attacks)

2) ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO BENIGNO Y TRANSITORIO

Mioclonías benignas de la infancia

2) ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO BENIGNO Y TRANSITORIO

Mioclonus nocturno benigno del neonato

2) ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO BENIGNO Y TRANSITORIO

Torticolis paroxística benigna

2) ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO BENIGNO Y TRANSITORIO

Desviación ocular paroxística benigna del lactante

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❸ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

3) RITMIAS MOTORAS

Conducta motoras que se repiten de forma rítmica y persistente.

Head banging

"Golpeteo" rítmico de cabeza sobre la almohada, que desaparece tras conciliar el sueño, y reaparece a lo largo de la noche en las fases de despertar.

Body Rocking

Movimientos de balanceo de tronco anteroposterior o lateral y cabeza. Debe considerarse la posibilidad de una encefalopatía subyacente.

Head Baging/Body Rocking

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❸ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

4) MOVIMIENTOS ANORMALES SINTOMÁTICOS

Manifestaciones que informan de patología, siendo obligado buscar un origen orgánico subyacente.

Automatismos motores neonatales

Movimientos faciales o de extremidades, con frecuencia interpretadas como crisis sutiles del RN. Son más frecuentes en RN de bajo peso y casi siempre portadores de encefalopatías severas. Dgt°: Vídeo-EEG.

Bobble-head doll syndrome

Movimientos de vaivén cefálico a 2-3 Hz. Más frecuente en hidrocéfalos.

Opsoclonus-mioclonus (S. de Kinsbourne)

Triada: Opsoclonus (ojos danzantes) + Mioclonias + Ataxia.
Origen: Problema autoinmune.
Neuroblastoma.

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❸ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

5) TRASTORNOS PAROXÍSTICOS DEL MOVIMIENTO

Anomalías del movimiento que se inician en la infancia, en las que predominan las manifestaciones distónicas y coreoatetosicas.

- **Hiperekplexia** (Enfermedad del sobresalto)(Starle disease)
- **Coreoatetosis paroxística cinegésica**
- **Distonía paroxística familiar tipo Mount y Reback**
- **Vértigo paroxístico de la infancia**
- **Ataxia familiar recurrente o episódica**

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❸ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

5) TRASTORNOS PAROXÍSTICOS DEL MOVIMIENTO

VÉRTIGO PAROXÍSTICO DE LA INFANCIA

Edad presentación: Inicio 1-3 años.
Desaparece espontáneamente 5-6 años.

Clínica: Episodios de vértigo de 1-3 minutos asociado a fenómenos vegetativos y nistagmus sin afectación del estado de conciencia.

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❸ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

5) TRASTORNOS PAROXÍSTICOS DEL MOVIMIENTO

TICS MOTORES

Trastorno del movimiento más frecuente en el niño.

Etiología: Desconocida. Factores genéticos importantes.

Epidemiología: Predominio sexo masculino. Inicio 5-8 años.
Trastornos asociados: TDAH (50-60%). TOC (26-67%).

Clínica: Movimientos estereotipados, involuntarios, inoportunos, sin propósito, absurdos e irresistibles de los músculos esqueléticos (cara/cuello/proximal extremidades) o faringolaríngeos.

Clasificación:
- Tic motor simple/Tic motor complejo/Tic fónico/Gilles de la Tourette.
- Tic transitorio (4 semanas-1 año)/crónico (>1 año)

Tratamiento: información y seguimiento evolutivo. Fcos casos moderados-graves.

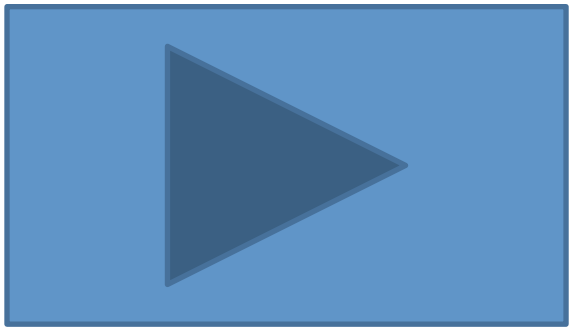
Pronóstico: Bueno. El 70% de los crónicos y el SGT desaparecen espontáneamente antes de los 17 años.

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❸ TPNE SECUNDARIOS A TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

5) TRASTORNOS PAROXÍSTICOS DEL MOVIMIENTO

TICS MOTORES



TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❹ TPNE EN RELACIÓN CON EL SUEÑO

1) TERRORES NOCTURNOS

2) PESADILLAS

3) SONAMBULISMO

4) MOVIMIENTOS ANORMALES DURANTE EL SUEÑO

5) SÍNDROME DE APNEAS DEL SUEÑO

6) SÍNDROMES QUE CURSAN CON HIPERSOMNIA

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

1. **ARQUITECTURA NORMAL DEL SUEÑO:** Ciclos de 70-120 minutos /4-5/ noche)
    - Sueño NREM (60-90 minutos)
        - Husos del sueño y complejos K
        - 4 Fases de progresiva profundidad
    - Sueño REM (15-30 minutos)
        - EEG mayor frecuencia y escasa amplitud

2. **CLASIFICACIÓN TRASTORNOS SUEÑO**:
    - Disomnias: Alteración en la *cantidad* del sueño.

    Ej: Insomnio, narcolepsia, SAOS.
    - Parasomnias: Alteración de la *conducta* durante el sueño. Ej: Terrores nocturnos, pesadillas, sonambulismo….

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❹ TPNE EN RELACIÓN CON EL SUEÑO

1) TERRORES NOCTURNOS

Edad presentación: 18 meses a 5 años…… 8 a 9 años.

Fase de sueño: **NREM**

Clínica: Agitación brusca, con llanto, gritos y ausencia de respuesta a los estímulos, reanudando posteriormente el sueño sin problemas. Amnesia del episodio en la mañana siguiente.

Dgtº Diferencial: En el trabajo de Jeavons representan el 6% de los TPNE que se habían diagnosticado erróneamente de epilepsia.

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❹ TPNE EN RELACIÓN CON EL SUEÑO

2) PESADILLAS

Edad presentación: Predominan en la infancia (75% de todos los niños).

Fase de sueño: **REM**

Clínica: Contenido aterrador, con agitación y desasosiego, que ceden al ser calmado. No hay amnesia del episodio en la mañana siguiente.

Valoración Dgtª: Si se repiten con frecuencia se debe pensar en un posible trasfondo psicopatológico.

TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO

❹ TPNE EN RELACIÓN CON EL SUEÑO

3) SONAMBULISMO

Edad presentación: Inicio a los 5-6 años. Máxima incidencia: 10 años.
Prevalencia del 10% en la edad escolar.

Fase de sueño: **NREM**

Clínica: Estado de desorientación, ojos abiertos, y deambulación sin sentido.

Valoración Dgtª: Si persiste en la adolescencia / edad adulta se debe sospechar una posible alteración psicopatológica de fondo.