



CARTA CIENTÍFICA

Episodios paroxísticos no epilépticos en pediatría: experiencia en un servicio de urgencias pediátrico[☆]



Non-epileptic paroxysmal episodes in pediatrics: Experience in a pediatric emergency department

Sra. Editora,

La distinción entre el origen epiléptico y no epiléptico de los episodios paroxísticos supone un reto diagnóstico¹. Los episodios paroxísticos no epilépticos (EPNE) se definen como episodios breves, de inicio y fin generalmente bruscos, originados por una disfunción cerebral de origen diverso, no debida a una descarga neuronal de origen epiléptico².

El objetivo principal del estudio fue describir las características de los pacientes con EPNE que consultaron en un servicio de urgencias pediátrico, y cuantificar el porcentaje de pacientes con episodios paroxísticos diagnosticados como EPNE. Se realizó un estudio unicéntrico, descriptivo, transversal y retrospectivo entre 2021 y 2023, incluyendo a los pacientes menores de 18 años previamente sanos que consultaron por un episodio paroxístico. Se excluyeron aquellos con fiebre o síntomas infecciosos.

Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de EPNE, factores precipitantes, exploración neurológica, realización de electroencefalograma / videoelectroencefalograma, destino, readmisión (nueva visita a urgencias por el mismo motivo en un intervalo de 72 h), destino tras la readmisión y recurrencias en los siguientes 12 meses. El análisis estadístico se realizó con Stata[®] v.17. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del hospital (R-0027/25).

De los 398 pacientes que consultaron por un episodio paroxístico, 297 (74,6%) fueron diagnosticados de EPNE, 51 (12,8%) de crisis epiléptica y 50 (12,6%) de síncope u otros trastornos.

En la [tabla 1](#) se presentan las características de los pacientes diagnosticados de EPNE. Se realizaron más prue-

bas complementarias en los lactantes de uno a 23 meses frente a los mayores de 24 meses ($p=0,01$), sin diferencias significativas según el tipo de EPNE o la exploración neurológica ($p=0,19$ y $p=0,20$). En la [tabla 2](#) se muestran los tipos de EPNE según la edad. No se identificaron alteraciones en el neurodesarrollo durante el seguimiento.

En nuestra serie, los EPNE fueron 6 veces más frecuentes que las crisis epilépticas. Aunque esta proporción es inferior a la descrita en la literatura^{1,3,4}, donde pueden presentarse hasta 10 veces más, sigue siendo elevada, probablemente por la amplia variedad de condiciones fisiológicas, conductuales y psicogénicas que pueden manifestarse con síntomas paroxísticos en la infancia, muchas de ellas benignas y propias del desarrollo neurológico.

La distribución etaria coincidió con lo descrito en la literatura^{1,5}, con una mayor prevalencia en los 2 primeros años de vida. Esto podría relacionarse con la inmadurez del sistema nervioso central y la respuesta a estímulos como el estrés, la frustración, los cambios posturales o las alteraciones del sueño⁶.

Respecto a la semiología, los episodios relacionados con el movimiento fueron los más prevalentes en todos los grupos de edad, destacando los tics motores y las mioclonías benignas del lactante, coincidiendo con la literatura⁵. Estos episodios generan mayor dificultad diagnóstica por su similitud con las crisis epilépticas y motivan con frecuencia la solicitud de pruebas complementarias. No se identificaron diferencias significativas entre los tipos de EPNE según edad, salvo las alteraciones oculomotoras o movimientos cefálicos, más comunes entre 1 y 23 meses.

Un pequeño porcentaje (2%) correspondió a trastornos neurológicos de origen funcional, observados principalmente en los adolescentes con antecedentes de estrés psicosocial o trastornos psiquiátricos. Esta baja incidencia, probablemente subestimada, podría deberse a que el estudio se limitó a los pacientes sanos sin comorbilidades.

Ningún paciente diagnosticado de EPNE presentó alteraciones neurológicas posteriores, lo que confirma su carácter benigno y autolimitado, $\approx 85\%$ no recurrió en los siguientes 12 meses. Sin embargo, se realizaron pruebas complementarias en más de 2/3 de los casos, especialmente en los menores de 2 años ($\approx 50\%$) en comparación con los mayores de esa edad ($\approx 30\%$). Esto refleja la dificultad de establecer el diagnóstico clínico en urgencias, influida por la complejidad del diagnóstico diferencial, la incertidumbre sobre la etiología y la ansiedad familiar.

[☆] Trabajo presentado como comunicación oral corta en la XXIX Reunión de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Sevilla, 22-24 mayo de 2025.

Tabla 1 Características de los episodios paroxísticos no epilépticos

	N=297	n (%)
<i>Edad (meses), mediana (rango intercuartílico)</i>	17	(6,2-70,1)
< 1 mes	9	(3,0)
1-23 meses	154	(51,9)
2-11 años	111	(37,4)
≥ 12 años	23	(7,7)
<i>Sexo (varón)</i>	151	(50,8)
<i>Tipo de EPNE</i>		
Relacionados con el movimiento	110	(37,0)
Tics motores	37	(33,6)
Mioclonías benignas del lactante	15	(13,6)
Estremecimiento	9	(8,2)
Estereotipias	7	(6,3)
Autoestimulación	4	(3,6)
Vértigo paroxístico benigno	3	(2,7)
Desviación tónica paroxística de la mirada	3	(2,7)
Síndrome de Sandifer	2	(1,8)
Síndrome de piernas inquietas	2	(1,8)
Crisis reflejas tónicas del lactante	2	(1,8)
<i>Spasmus nutans</i>	1	(0,9)
Apnea neonatal	1	(0,9)
No clasificables	24	(21,8)
Alteraciones oculomotoras o movimientos cefálicos	44	(14,8)
Relacionados con la hipoxia	39	(13,1)
Relacionados con el sueño	26	(8,8)
Relacionados con el dolor	6	(2,0)
Trastornos neurológicos de origen funcional	6	(2,0)
Difícil categorización	66	(22,3)
<i>Factores precipitantes</i>		
No identificable	241	(81,1)
Falta de sueño	11	(3,7)
Estrés emocional / rabieta	37	(12,5)
Estímulos sensoriales	8	(2,7)
<i>Exploración neurológica en el SUP</i>		
Normal	291	(98,0)
Alteración aguda	6	(2,0)
<i>Realización de EEG / video-EEG</i>	120	(40,4)
<i>Edad</i>		
< 1 mes	1/9	(11,1)
1-23 meses	76/154	(49,4)
2-11 años	35/111	(31,5)
≥ 12 años	8/23	(34,8)
<i>Tipo de EPNE</i>		
Relacionados con el movimiento	40/110	(36,4)
Relacionados con el sueño	13/26	(50)
Relacionados con la hipoxia	19/39	(48,7)
Alteraciones oculomotoras / movimientos cefálicos	17/44	(38,6)
Relacionados con el dolor	5/6	(83,3)
Trastornos neurológicos de origen funcional	3/6	(50,0)
Difícil categorización	23/66	(34,8)
<i>Exploración neurológica en el SUP</i>		
Normal	113/285	(39,6)
Alterada	7/12	(58,3)
<i>Destino del paciente</i>		
Alta a domicilio	212	(71,4)
Ingreso hospitalario	85	(28,6)
<i>Readmisión</i>	7	(2,4)
Ingreso	6	(85,7)
No ingreso	1	(14,3)
<i>Nuevos episodios en los siguientes 12 meses</i>	44	(14,8)

EEG: electroencefalograma; EPNE: episodio paroxístico no epiléptico; SUP: servicio de urgencias pediátrico.

Tabla 2 Tipos de episodios paroxísticos no epilépticos según la edad

	< 1 mes (n = 9)	1-23 meses (n = 154)	≥ 24 meses (n = 134)	Valor de p
Relacionados con el movimiento	5 (55,6)	50 (32,5)	56 (41,8)	n.s.
Alteraciones oculomotoras o movimientos cefálicos	1 (11,1)	32 (20,8)	11 (8,2)	< 1 m vs. 1-23 m: n.s. < 1 m vs. ≥ 24 m: n.s. 1-23 m vs. ≥ 24 m: 0,01
Relacionados con la hipoxia	—	19 (12,3)	20 (14,9)	n.s.
Relacionados con el sueño	—	12 (7,8)	14 (10,4)	n.s.
Relacionados con el dolor	—	—	6 (4,5)	n.s.
Trastornos neurológicos de origen funcional	—	—	6 (4,5)	n.s.
Episodios de difícil categorización	3 (33,3)	41 (26,6)	21 (5,7)	n.s.

En este contexto, es importante señalar que la formación en urgencias pediátricas se centra fundamentalmente en el reconocimiento y tratamiento de las crisis epilépticas, dada su morbilidad, mientras que la capacitación en EPNE es limitada pese a su mayor prevalencia. Un mejor conocimiento de estos episodios permitiría optimizar el uso de recursos y orientar el manejo hacia la causa subyacente, que en algunos casos puede requerir intervención psicológica.

Este estudio presenta las limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo, así como el amplio rango de edad incluido.

Los EPNE en nuestra población son más prevalentes que las crisis epilépticas en los niños sanos que acuden a urgencias por un episodio paroxístico. Por ello, es fundamental mejorar la formación en este campo, ya que una historia clínica y exploración neurológica detalladas son claves para el diagnóstico, permitiendo optimizar recursos.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. Yavuz P, Gunbey C, Karahan S, Topcu M, Turanlı G, Yal-nizoglu D. Non-epileptic paroxysmal events at pediatric video-electroencephalography monitoring unit over a 15-year period. *Seizure*. 2023;108:89–95.
2. Arzimanoglou A, Aicardi J. Paroxysmal disorders other than epilepsy. En: Aicardi J, Bax M, Gillberg C, editores. *Diseases of the nervous system in childhood*. Londres: Mac Keith Press; 2009. p. 667–70.
3. Duat Rodríguez A. Convulsión. En: Cruz Hernández M, García García JJ, Cruz Martínez O, Mintegi Raso S, Moreno Villares JM, editores. *Manual Cruz de Pediatría*. Madrid: Ergon; 2019. p. 41–5.
4. Thabit MN, Sadek AA, Motawe ES, Ali RAE, Mohamed MM. Non-epileptic paroxysmal events in paediatric patients: A single tertiary centre study in Egypt. *Seizure*. 2021;86:123–8.
5. Sullo F, Venti V, Catania R, Smilari P, Greco F, Pustorino E, et al. Non-Epileptic Paroxysmal Events: Clinical features and diagnostic differences with epileptic seizures. *A Single Tertiary Centre Study*. *Clin Neurol Neurosurg*. 2021;207:106739.
6. Gene Park E, Lee J, Lyun Lee B, Lee M, Lee J. Paroxysmal nonepileptic events in pediatric patients. *Epilepsy Behav*. 2015;48:8–87.

Sonia Clavero Sánchez^a, Juan Manuel Guijarro Núñez^a, Caridad Jun García García^a, Anna Duat Rodríguez^b y Jose Antonio Alonso-Cadenas^{c,*}

^a Servicio de Pediatría, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jalonsocadenas@gmail.com (J.A. Alonso-Cadenas).