

16. FENÓMENOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS Y CONDUCCIÓN

Es esencial diferenciar la epilepsia de otras situaciones clínicas paroxísticas que también incapacitan para conducir, como las que se describen a continuación.

JAQUECA BASILAR

Después del pródromo de vértigo, escotomas y ataxia, aparece la cefalea con alteraciones vegetativas y obnubilación intensa.

CRISIS DE JAQUECA CON AURA

Los pródromos visuales o somatosensitivos pueden confundirse con crisis epilépticas focales. En la jaqueca, las parestesias afectan de forma parcheada a la mano, la boca, la lengua y a veces al pie.

SÍNCOPE

Los síncope vasovagales y ortostáticos son más frecuentes en los jóvenes. Tras un pródromo más o menos breve con sensación de desgana, aturdimiento, zumbido de oídos, calor o frío, y flojedad general, el enfermo queda inconsciente, pálido y con sudor frío. Al despertar suele notar cansancio, náuseas, vómitos y escalofríos.

En los adultos los síncope más frecuentes son los tusígenos en fumadores obesos y los miccionales por reflejo vagal al vaciar la vejiga en bipedestación y favorecido por el frecuente consumo excesivo de alcohol.

En las personas ancianas los síncope son cardiogénicos o por hipersensibilidad del seno carotídeo.

En cualquier síncope puede producirse anoxia cerebral que ocasione convulsiones, como sucede con frecuencia en los síncope cardiogénicos por bloqueo auriculoventricular o crisis de Stoke-Adams.

Las convulsiones de los síncope suelen ser muy breves, con una extensión tónica y unas pocas sacudidas clónicas de la cabeza y los brazos en flexión, pudiéndose morder la punta de la lengua.

SÍNDROME DE NARCOLEPSIA

El enfermo presenta una crisis de sueño irresistible, y crisis de hipotonía muscular en las que puede caer al suelo inmóvil, pero consciente y sin trastornos respiratorios.

CRISIS DE INCONSCIENCIA PSICÓGENA

Unas cursan con inercia e hipotonía de comienzo lento. El paciente queda silencioso, cierra los ojos y no responde a los estímulos ambientales.



16. FENÓMENOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS NO EPILÉPTICOS Y CONDUCCIÓN

Otras crisis psicógenas cursan con agitación psicomotora de comienzo brusco, a menudo asociadas a un contratiempo emocional.

MOVIMIENTOS ANORMALES PAROXÍSTICOS

Tienen un ligero parecido a las crisis epilépticas, como el espasmo carpopedal de la tetania, las distonías agudas y la coreoatetosis familiar paroxística.

LOS DROP-ATTACKS

Son crisis de caída al suelo por flojedad de las piernas, sin pérdida de conocimiento, ni síntoma neurológico acompañante. Se pueden observar en mujeres sin causa patológica grave, y también en personas mayores por aterosclerosis o con bajo gasto cardiaco por isquemia vertebrobasilar.

ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT)

De localización en el territorio carotídeo, pueden provocar convulsiones del hemicuerpo contralateral, pero lo más frecuente es paresia e hipotonía. A menudo, son pacientes con patología embolígena o enfermedad aterosclerótica.

Un paciente que ha tenido un ataque isquémico cerebral puede posteriormente presentar convulsiones si la zona infartada se convierte en foco crónico de epilepsia postinfarto.

CRISIS HIPOGLUCÉMICAS

Pueden producir convulsiones a cualquier edad.

AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

A diferencia de las crisis parciales complejas, no se acompaña de síntomas como alucinaciones, disfasia, confusión o convulsiones.

ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE

La crisis asocia zumbidos por lo general agudos como silbidos, hipoacusia de percepción de intensidad variable y vértigos sistematizados de tipo periférico.

Pueden asociarse náuseas, vómitos, cefaleas temporoparietales, sensaciones de calor, sudoración, etc.

El orden de aparición de los síntomas es variable dando lugar a distintas formas clínicas, pero que en todos los casos incapacitan la conducción.



16. FENÓMENOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS Y CONDUCCIÓN

Consejo sobre fenómenos paroxísticos no epilépticos

- ▶ Los fenómenos paroxísticos no epilépticos impiden conducir.
- ▶ El tratamiento sintomático y causal con evolución favorable, y siempre después de un periodo más o menos prolongado de seguridad en el que el paciente no manifieste síntomas, permitirá al médico valorar la posibilidad de que su paciente vuelva a conducir, siempre que no exista riesgo de convulsiones, pérdida de conocimiento o alteraciones motoras.
- ▶ Si el conductor comienza con síntomas ya conocidos de inicio de un trastorno paroxístico, debe parar el vehículo y pedir ayuda, siguiendo las recomendaciones que su médico, dependiendo de la enfermedad causal, le haya recomendado.
- ▶ Son conductores que, aunque se encuentren controlados, deben saber que en los viajes largos tienen que conducir acompañados de personas que conozcan su problema, por si surge un imprevisto.
- ▶ El informe médico tiene que estar en lugar visible dentro del vehículo, para ser correctamente atendidos en caso de necesidad.

