

<https://doi.org/10.18233/apm.v47i2.3421>

Nomenclatura y clasificación actualizada de las crisis epilépticas: Lo que el pediatra debe saber

Updated nomenclature and classification of epileptic seizures: What the pediatrician should know.

Josué Rogel Cuevas,¹ Cynthia Liliana Ordóñez Carrillo,² Miriam Palma Barona²

DEFINICIÓN

Una crisis epiléptica es la aparición transitoria de signos y/o síntomas debido a una actividad neuronal anormal excesiva o sincrónica en el cerebro; por otra parte, es un trastorno del cerebro caracterizado por la recurrencia impredecible de crisis epilépticas de etiología heterogénea¹. Para poder realizar el diagnóstico de epilepsia podemos aplicar tres criterios: al menos dos crisis epilépticas no provocadas (o reflejas) separadas por >24 horas, una crisis no provocada (o refleja) y una probabilidad de al menos 60% de presentar otra crisis durante los 10 años siguientes (similar al riesgo general de recurrencia tras la aparición de dos crisis provocadas) y el último criterio es el diagnóstico de un síndrome epiléptico².

El término “crisis no provocada” supone la ausencia de un factor temporal o reversible que reduzca el umbral para la aparición de una crisis. Por otra parte, las crisis epilépticas producidas, en presencia de una neuroinfección aguda, desequilibrio hidroelectrolítico, contusión cerebral u otras situaciones que reduzcan el umbral de manera temporal y reversible, son llamadas “crisis provocadas” y no integran el diagnóstico de epilepsia².

EPIDEMIOLOGÍA

La epilepsia afecta aproximadamente a 70 millones de personas en el mundo y más de 2 millones de casos son diagnosticados anualmente,

¹ Departamento de neurología pediátrica.

² Departamento de pediatría. Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México.

Correspondencia

Josué Rogel Cuevas
rogel.neuroped@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Rogel-Cuevas J, Ordóñez-Carrillo CL, Palma-Barona M. Nomenclatura y clasificación actualizada de las crisis epilépticas: Lo que el pediatra debe saber. Acta Pediatr Méx 2026; 47: e3421.

con una carga mayor en países de ingresos bajos y medios³. En México, se estima una prevalencia de 10.8 a 20/1000 habitantes⁴. En la población infantil mexicana los datos son escasos y variables, con prevalencias reportadas entre 3.9 a 44.3/1000 niños en diferentes regiones del país⁵.

En la población pediátrica, las crisis focales representan más de la mitad de los casos y, dentro de ellas, las que evolucionan a tónico-clónicas bilaterales constituyen aproximadamente el 20% del total⁶. Las causas estructurales constituyen el principal grupo etiológico, seguidas por causas genéticas y, en menor medida, infecciosas y metabólicas⁷.

En México, según el Registro Nacional Multicéntrico de Epilepsia, realizado de marzo de 2021 a diciembre de 2022, las dos principales causas estructurales fueron las malformaciones del desarrollo cortical y la encefalopatía hipóxico-isquémica⁸.

CLASIFICACIÓN Y NOMENCLATURA

La Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) publicó la propuesta de actualización de clasificación de crisis epilépticas en abril del 2025 basada en la publicada en el año 2017; de la cual se conservaron los cuatro tipos principales: focal, generalizada, de origen desconocido si focal o generalizada y no clasificada⁹. **(Cuadro 1)**

La palabra “inicio” se eliminó de los principales tipos de crisis epilépticas, ya que en modelos experimentales se ha constatado el inicio focal con rápida propagación, incluso en las crisis generalizadas⁹. Desde la clasificación de 2017 se ha usado el término “focal” en lugar del término “parcial”, ya que indica una mayor precisión en relación a la localización de redes anatómicas y no simplemente “una parte” del cerebro¹⁰.

Las crisis focales utilizan el estado de “consciencia” **(contacto con el medio)** como clasificador;

Cuadro 1. Clasificación de crisis epilépticas: los 21 tipos definidos por la ILAE

Clasificación de crisis epilépticas: los 21 tipos definidos por la ILAE

1. Focal

- 1.1. Crisis focal con preservación de la consciencia
- 1.2. Crisis focal con alteración de la consciencia
- 1.3. Crisis focal a bilateral tónico-clónica

2. Desconocida (si es focal o generalizada)

- 2.1. Desconocida si focal o generalizada con preservación de la consciencia
- 2.2. Desconocida si focal o generalizada con alteración de la consciencia
- 2.3. Desconocida si focal o generalizada - crisis bilateral tónico-clónica

3. Generalizada

- 3.1. Crisis de ausencia
 - 3.1.1. Crisis de ausencia típica
 - 3.1.2. Crisis de ausencia atípica
 - 3.1.3. Crisis de ausencia mioclónica
 - 3.1.4. Mioclonía palpebral con / sin ausencia
- 3.2. Crisis tónico-clónica generalizada
 - 3.2.1. Crisis mioclónica tónico-clónica
 - 3.2.2. Crisis de ausencia a tónico-clónica
- 3.3. Otras crisis generalizadas
 - 3.3.1. Crisis mioclónica generalizada
 - 3.3.2. Crisis clónica generalizada
 - 3.3.3. Crisis mioclónica negativa generalizada
 - 3.3.4. Espasmos epilépticos generalizados
 - 3.3.5. Crisis tónica generalizada
 - 3.3.6. Crisis atónica generalizada
 - 3.3.7. Crisis mioclónica-atónica generalizada

4. Sin clasificar

Nota: Los cuatro principales tipos de crisis epilépticas se muestran en color rojo. Los tipos de crisis se indican en color negro. Adaptado de Beniczky S, Trinka E, Wirrell E, et al. Epilepsia. 2025;66(6):1804-1823.



Descriptorios

Básicos:

- Con manifestaciones observables
- Sin manifestaciones observables

Expandidos:

- Descriptorios de semiología en secuencia cronológica: Semiología + Modificadores somatotópicos (parte del cuerpo y lateralidad)

la cual se evalúa mediante la capacidad de responder a órdenes verbales apropiadas para el paciente, así como la capacidad de recordar durante los episodios. Así entonces, podemos tener crisis focales con o sin alteración de la consciencia en cualquier parte del desarrollo temporal de la crisis y si el estado de consciencia es desconocido, se clasifica como focal sin especificar la subclasificación por consciencia⁹.

En la clasificación de 1981 una crisis focal con consciencia preservada correspondía al término “crisis parcial simple” y una crisis focal con consciencia alterada se denominó “crisis parcial compleja”; sin embargo, estos términos dejaron de usarse, ya que pueden ser mal interpretados en ciertos contextos, pudiendo ser más complejo entenderlas o incluso ser más difíciles de tratar. En las crisis generalizadas, la consciencia no es usada como clasificador debido a que la actividad epileptiforme involucra desde su inicio redes bilaterales y condiciona el compromiso de la consciencia⁹.

Tanto las crisis epilépticas focales como las generalizadas pueden describirse con o sin manifestaciones observables en la versión básica (**cuadro 2**) o con base a la secuencia cronológica de la semiología en su versión ampliada (utilizando flechas para señalar la evolución de la crisis) (**cuadro 3**), para lo cual se deberá especificar en caso necesario la localización anatómica de las manifestaciones observadas y su lateralidad (**cuadro 4**). El término “convulsión” está en desuso, ya que es un término ambiguo usado para expresar actividad motora sustancial durante la crisis epiléptica; sin embargo, no todas las crisis tienen manifestaciones motoras y por lo tanto debe ser evitado⁹.

El tipo de crisis “focal a bilateral tónico clónica” corresponde al término previamente usado como “inicio parcial con generalización secundaria”. El término “focal a bilateral tónico clónica” permite diferenciar mejor el patrón de propagación

Cuadro 2. Clasificación básica actualizada de las crisis epilépticas

Tipo de crisis epiléptica		
1.-Focal	2.-Desconocido (si es focal o generalizada)	3.-Generalizada
¿Cómo está la consciencia?		Tipos de crisis
Preservada		Crisis de ausencias
Alterada		Otras crisis generalizadas
Crisis focal a tónico-clónica bilateral		Crisis tónico-clónica generalizada
Descriptorios básicos: Con vs sin manifestaciones observables		4.-No clasificable

Adaptado de Beniczky S, Trinka E, Wirrell E, et al. *Epilepsia*. 2025;66(6):1804-1823.

Cuadro 3. Clasificación actualizada de las crisis epilépticas

Tipo de crisis epiléptica		
1.-Focal	2.-Desconocido (si es focal o generalizada)	3.-Generalizada
¿Cómo está la consciencia?		Tipos de crisis
Preservada		Ausencias <ul style="list-style-type: none"> • Típicas • Atípicas • Mioclónicas • Mioclonías palpebrales con/sin ausencia Otras crisis generalizadas
Alterada		<ul style="list-style-type: none"> • Mioclonías • Mioclonía negativa • Tónicas • Clónicas • Atónicas • Espasmos epilépticos • Mioclónico-astática
Crisis focal a tónico-clónica bilateral		Crisis tónico-clónica generalizada
Descriptorios extendidos: Descriptorios semiológicos en secuencia cronológica incluyendo modificadores somatotópicos (parte del cuerpo y lateralidad)		4.-No clasificable

Adaptado de Beniczky S, Trinka E, Wirrell E, et al. *Epilepsia*. 2025;66(6):1804-1823.

Cuadro 4. Descriptores para crisis focales y para crisis desconocidas

Tipo de fenómeno	Qué describe	Descriptor
Motores elementales ^a	Movimientos simples o cambios de tono	Acinético, astático, tónico (tónico focal, chapeau de gendarme, postura del esgrimista), clónico, distónico, mioclónico, atónico, espasmos epilépticos, desviación ocular o cefálica, nistagmo epiléptico, parestia ictal, parpadeo ocular, giratorio, mioclonus negativo epiléptico, tónico-clónico, versiva.
Motores complejos ^a	Conductas motoras organizadas	Automatismos (oroalimentarios, gestuales, verbales, vocales, de mímica como gelástica o dacrística), agarre ictal, comportamiento hipercinético.
Sensoriales ^b	Sensaciones anormales percibidas por el paciente	Visual, auditiva, olfatoria, gustatoria, somatosensorial, vestibular / mareo, dolorosa, ilusión en la percepción corporal, despersonalización, indolora.
Cognitivos / lenguaje	Alteraciones del pensamiento o lenguaje	Afasia, confusión / desorientación, amnesia, dismnesia, déjà vu / jamais vu / déjà récu / ensoñación / reminiscencia, pensamiento forzado. Otros déficits focales cognitivos (ej. Anosognosia, apraxia, negligencia).
Autonómicos ^c	Activación del sistema nervioso autónomo	Asistolia, taquicardia o bradicardia, alteración termorregulatoria, eritema, náusea, vómito, epigastralgia, borborigmos, flatulencia, hipersalivación, polidipsia, sialorrea, escupir, sudoración, piloerección, cambios pupilares (miosis, midriasis), apnea, ahogo, incontinencia, hiper/hipoventilación, incontinencia urinaria, urgencia urinaria.
Afectivos ^c	Cambios emocionales durante la crisis	Miedo, ansiedad, enojo, alegría, éxtasis, culpa, místico, tristeza, sexual.
Auras o fenómenos posictales ^b	Manifestaciones antes o después de la crisis	Cefalea, confusión, parestia de Todd, disfunción del lenguaje, ceguera (hemianopsia o amaurosis), limpiarse la nariz, palinacusia, signos psiquiátricos, falta de respuesta.

^a Manifestaciones observables.

^b Manifestaciones no observables.

^c Manifestaciones posiblemente observables.

Adaptado de Beniczky S, Trinkka E, Wirrell E, et al. *Epilepsia*. 2025;66(6):1804-1823.

de una crisis a diferencia de “generalizado”, que se reserva para crisis que involucran redes bilaterales desde el comienzo de la crisis. Las crisis tónico clónicas pueden ocurrir en los tres tipos de crisis principales (focal, generalizada y desconocido si focal o generalizado) y están asociadas con la mayor morbimortalidad¹⁰.

El término “origen desconocido” es utilizado cuando existe información disponible para categorizar algunos aspectos de las crisis, pero no suficiente para determinar si son focales o generalizadas; también podemos incluir el estado de consciencia preservada o alterada, si el estado de consciencia es desconocido se clasifica como desconocida si focal o generalizada sin especificar la subclasificación por consciencia¹⁰. Las crisis “no clasificadas” son aquellas en las

que no existe información suficiente para poder clasificarlas; sin embargo, podrían ser reclasificadas más adelante conforme se obtiene más información acerca de la crisis⁹.

REFERENCIAS

1. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005;46(4):470-2.
2. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014;55(4):475-82.
3. Thijs RD, Surges R, O'Brien TJ, Sander JW. Epilepsy in adults. *Lancet*. 2019;393(10172):689-701. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32596-0
4. San-Juan D, Alvarado-León S, Barraza-Díaz J, Dávila-Ávila NM, Hernández-Ruiz A, Ansel DJ. Prevalence of epilepsy, beliefs and attitudes in a rural community in Mexico: A door-to-door survey. *Epilepsy Behav*. 2015;46:140-3.



5. Quiñones-Pesqueira G, San-Juan D, Huerta-Albarrán R, León-Vázquez M, Quiñones-Canales G, González-Pesqueira J. A systematic review of the epidemiology of epilepsy in Mexico during 1970 to 2020. *Arq Neuropsiquiatr*. 2023;81(1):74-80.
6. Kramer U, Nevo Y, Neufeld MY, Fatal A, Leitner Y, Harel S. Epidemiology of epilepsy in childhood: a cohort of 440 consecutive patients. *Pediatr Neurol*. 1998;18(1):46-50.
7. Kapoor D, Garg D, Beriwal N, Sidharth, Kumar A, Mukherjee SB, et al. Clinico-etiological profile of children and adolescents with drug-resistant epilepsy in a low-resource setting: 10 years' experience. *J Child Neurol*. 2023;38(5):315-320.
8. Reséndiz-Aparicio JC, López-Vargas Y, Vargas-Ramírez G, Rogel-Cuevas J, Castro-Macías JI, Soca-Chafre G, et al. Etiología de la epilepsia en México: resultados del registro multicéntrico nacional. *Rev Neurol*. 2024;79(7):199-206.
9. Beniczky S, Trinká E, Wirrell E, Abdulla F, Al Baradie R, Alonso Vanegas M, et al. Updated classification of epileptic seizures: Position paper of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 2025 Jun;66(6):1804-1823. doi: 10.1111/epi.18338. Epub 2025 Apr 23. PMID: 40264351; PMCID: PMC12169392.
10. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. 2017;58(4):522-530.