

<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 Barona¹

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, la epilepsia es una enfermedad 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 Mex 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;

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 interpretadas como más complejas de entender o 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 de una crisis a diferencia de “generalizado”, que se reserva para crisis que involucran redes



Cuadro 1. Nota: Los cuatro principales tipos de crisis epilépticas se muestran en negritas.

Clasificación de crisis epilépticas: los 21 tipos definidos por la ILAE		Descriptores
<p>1. Focal</p> <p>1.1. Crisis focal con preservación de la consciencia</p> <p>1.2. Crisis focal con alteración de la consciencia</p> <p>1.3. Crisis focal a bilateral tónico-clónica</p> <p>2. Desconocida (si es focal o generalizada)</p> <p>2.1. Desconocida si focal o generalizada con preservación de la consciencia</p> <p>2.2. Desconocida si focal o generalizada con alteración de la consciencia</p> <p>2.3. Desconocida si focal o generalizada - crisis bilateral tónico-clónica</p> <p>3. Generalizada</p> <p>3.1. Crisis de ausencia</p> <p>3.1.1. Crisis de ausencia típica</p> <p>3.1.2. Crisis de ausencia atípica</p> <p>3.1.3. Crisis de ausencia mioclónica</p> <p>3.1.4. Mioclonía palpebral con / sin ausencia</p> <p>3.2. Crisis tónico-clónica generalizada</p> <p>3.2.1. Crisis mioclónica tónico-clónica</p> <p>3.2.2. Crisis de ausencia a tónico-clónica</p> <p>3.3. Otras crisis generalizadas</p> <p>3.3.1. Crisis mioclónica generalizada</p> <p>3.3.2. Crisis clónica generalizada</p> <p>3.3.3. Crisis mioclónica negativa generalizada</p> <p>3.3.4. Espasmos epilépticos generalizados</p> <p>3.3.5. Crisis tónica generalizada</p> <p>3.3.6. Crisis atónica generalizada</p> <p>3.3.7. Crisis mioclónica-atónica generalizada</p> <p>4. Sin clasificar</p>		

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	
Descriptores 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.

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

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
Alterada		Otras crisis generalizadas <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
Descriptores extendidos: Descriptores 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, Trinka E, Wirrell E, et al. *Epilepsia*. 2025;66(6):1804-1823.

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, Anshel 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, Trinka 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.