



## **INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

### **RETOS EN EL MANEJO DE LA PSICOSIS INTERICTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Rubén Galerón Guzmán, Mario Huete Naval, Elisa Herrero Pellón, Pablo Albarracín Marcos,  
Mar Jiménez Cabañas, Beatriz Serván Rendón-Luna

[rubengaleron@gmail.com](mailto:rubengaleron@gmail.com)

Epilepsia, psicosis

### **RESUMEN**

Presentamos el caso de una mujer de 51 años con antecedentes personales de epilepsia en forma de crisis parciales complejas de origen temporal, diagnosticada en 2004, que es atendida en el servicio de urgencias por presentar desde hace diez días alteraciones conductuales objetivadas por familiares, como, por ejemplo: manipular la llave de paso de agua o el cuadro de luz, abrir cajones o armarios sin una finalidad concreta; junto con abandono progresivo del autocuidado y de la alimentación. Presenta, además, desorientación temporal y discurso disgregado con numerosas pararespuestas. Durante su estancia en urgencias se objetivan soliloquios, cierta perplejidad y actitud de escucha en algunos momentos. La paciente se muestra desorientada, escasamente abordable y colaboradora, presentando discurso parco y reiterativo. Tras realización de pruebas complementarias disponibles en servicio de urgencias y valoración por neurología, descartándose etiología epiléptica, se ingresa en unidad de psiquiatría ante la sospecha de posible psicosis interictal.

Dado la complejidad existente tanto en la clínica, como en el diagnóstico y tratamiento de sintomatología psicótica en pacientes con antecedentes personales de epilepsia, realizaremos una revisión bibliográfica en torno a los trastornos psicóticos asociados a epilepsia.

## **RETOS EN EL MANEJO DE LA PSICOSIS INTERICTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

### **INTRODUCCIÓN**

La psicosis es una complicación grave de la epilepsia, con una prevalencia de hasta el 5,6% en las personas con epilepsia, aumentando hasta el 7% en personas con epilepsia del lóbulo temporal. La relación entre estas dos entidades es conocida desde hace mucho tiempo, datando las primeras descripciones del siglo XIX, en las que se describe estados alucinatorios y delirantes en pacientes con epilepsia.

En la presente comunicación exponemos un caso de un episodio de psicosis interictal. Dada la frecuencia de dicha complicación en la epilepsia, así como la dificultad en el diagnóstico y manejo, consideramos de gran importancia el estudio y la actualización de estas patologías, así como la aportación de casos clínicos.

### **ANTECEDENTES**

- Médicos: alergia a Betalactámicos, ERGE no erosiva y epilepsia en forma de crisis parciales complejas de posible origen temporal diagnosticada en 2004 y en seguimiento por neurología, en el que se describen dos tipos de episodios. Un primer tipo en el que las crisis se caracterizan por episodios de minutos de duración que se inician con sensación de presión en la cabeza, mareo inespecífico, malestar gástrico, náuseas y ganas de vomitar. No hay pérdida de conciencia ni se asocia a movimientos de automatismos, si bien la paciente refiere que se nota débil y puede llegar a caerse, pidiendo ayuda si se encuentra alguna otra persona cerca. La frecuencia es de 1-2 episodios al mes. Y un segundo tipo constituido por crisis tónico-clónicas que se preceden de la sensación de mareo y malestar descritas previamente. Se siguen de periodo proscritico posterior. Se consideran crisis parciales secundariamente generalizadas.
- Quirúrgicos: sin interés
- Psiquiátricos: Ideas de muerte e ideación autolítica activa desde temprana edad con múltiples intentos autolíticos. Primero de ellos a los 17 años, último en mayo de 2020, constituyendo el motivo del único ingreso de la paciente en unidad de hospitalización de psiquiatría, tras lo que comenzó seguimiento ambulatorio, presentando diagnóstico de Trastorno depresivo recurrente.
- Psiquiátricos familiares: Esquizofrenia paranoide en la madre.

## **RETOS EN EL MANEJO DE LA PSICOSIS INTERICTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

### **ANAMNESIS**

Mujer de 51 años que es atendida en el servicio de urgencias de un Hospital Terciario por presentar desde hace diez días alteraciones conductuales en domicilio.

En la evaluación por parte de psiquiatría la paciente se muestra escasamente abordable, opositora, con actitud perpleja y con dificultad para recordar lo sucedido. La paciente se encuentra desorientada en tiempo y espacio, presentando discurso incoherente, parco y reiterativo. Además, durante su estancia en urgencias, se objetivan soliloquios y actitud de escucha.

La paciente refiere estar preocupada ya que no recuerda lo sucedido, solo estar en el domicilio y de repente aparecer en el hospital. Refiere recuerdos vagos de estar moviendo objetos en el domicilio de un sitio a otro. Comenta ánimo bajo de larga evolución en relación a enfermedades médicas (epilepsia y dolor crónico). Nos comunica que toma correctamente la medicación salvo el fármaco antiepiléptico Eslicarbazepina, del que ha reducido la dosis a la mitad, por cuenta propia, por malestar digestivo hace aproximadamente cuatro meses. Además, expresa ideas de perjuicio vagas respecto a su familia.

Hablamos con los familiares de la paciente, quienes refieren alteraciones conductuales de unos 10 días de evolución, entre los que destacan: manipular la llave de paso del agua, manipular cuadros de luz, abrir armarios y cajones sin una finalidad concreta, manejar papeles sin sentido aparente. Comentan además descuido de higiene personal y de la alimentación de mismos días de evolución. Relatan además desorientación temporoespacial con discurso disgregado e incoherente con numerosas pararespuestas.

Durante su estancia en el servicio de urgencias la paciente es evaluada por el Servicio de Neurología, realizándose EEG, descartando etiología epiléptica, por lo que se ingresa en unidad de hospitalización de psiquiatría ante la sospecha de psicosis interictal.

### **EXPLORACIONES**

- Exploración Psicopatológica: Consciente y orientada en persona. Desorientada en espacio y tiempo. Escasamente abordable y colaboradora. Perplejidad y actitud de escucha en algunos momentos de la entrevista. No signos ni síntomas de intoxicación ni abstinencia a sustancias. No alteraciones en la psicomotricidad. Lenguaje espontáneo con discurso incoherente, parco, poco estructurado y reiterativo. Ideas de perjuicio poco estructuradas. Actitud de escucha y soliloquios. Animo bajo secundario a problemas médicos. No clínica maniforme. Disminución de la ingesta y descuido del aseo.

## **RETOS EN EL MANEJO DE LA PSICOSIS INTERICTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

- EEG: No se registra actividad epileptiforme, asimetrías ni otras anomalías significativas. No se registran episodios paroxísticos.
- TC craneal: Sin alteraciones significativas.
- Analítica de sangre y uroanálisis: sin alteraciones significativas.
- Tóxicos en orina (anfetaminas, BDZ, cannabis, cocaína, opiáceos): NEGATIVOS

### **JUICIO CLÍNICO**

- Episodio de psicosis interictal
- Trastorno depresivo recurrente (CIE-10 F33)
- Epilepsia Lóbulo Temporal.

### **EVOLUCIÓN**

Durante el ingreso en unidad de hospitalización de psiquiatría, la paciente es evaluada de manera periódica tanto por psiquiatría como por neurología. Tras introducción de tratamiento farmacológico, Risperidona 3mg a las 23h y sustitución de Eslicarbazepina por Topiramato 100mg, la paciente presenta franca mejoría sintomática, con remisión de perplejidad, actitud de escucha, ideación de perjuicio y ajuste de ritmos cronobiológicos; produciéndose una recuperación ad integrum.

### **DISCUSIÓN**

Dada la gran complejidad que existe tanto en la clínica, como en el diagnóstico y tratamiento de sintomatología psicótica en pacientes con antecedentes personales de epilepsia, realizaremos a continuación una revisión de los factores de riesgo, la clasificación y la clínica, así como del tratamiento farmacológico de los trastornos psicóticos asociados a epilepsia.

Entre los principales factores de riesgo que se han asociado a psicosis en epilepsia se encuentran:

- Antecedentes personales de trastorno afectivo o trastorno de personalidad.
- Antecedentes familiares de psicosis o trastorno afectivo.
- Edad temprana de aparición de epilepsia.
- Historial de convulsiones febriles

## **RETOS EN EL MANEJO DE LA PSICOSIS INTERICTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

- Lesiones cerebrales estructurales
- Historia de estatus epiléptico.
- Alta frecuencia de crisis epilépticas.
- Esclerosis hipocampal
- Epilepsia mal controlada.

Cabe destacar que, en el caso de nuestra paciente, existe un diagnóstico previo de trastorno depresivo recurrente, antecedente familiar de esquizofrenia en la madre y reducción de pauta de antiepiléptico varios meses antes.

### **CLASIFICACIÓN Y CLÍNICA**

Habitualmente se clasifica la psicosis en epilepsia según la relación temporal entre las crisis epilépticas y los síntomas psicóticos en: PERICTALES o AGUDAS e INTERICTALES o CRÓNICAS.

PERICTALES O AGUDAS: Existe una estrecha relación temporal con las crisis. Pudiéndose subdividir en preictales (antes de las crisis), ictales (durante las crisis) y postictales (después de las crisis). Se caracterizan por tener un inicio y final agudo, ser de corta duración, con remisión completa y con alto riesgo de recurrencia.

- PREICTALES: Se inician en el periodo prodrómico de las crisis epilépticas, horas o días antes y son autolimitadas
- ICTALES: Duración de minutos u horas. Suelen ocurrir en epilepsias con foco en lóbulo temporal. Tienen lugar en contexto de status epiléptico no convulsivo, detectable en EEG, que se manifiesta en forma de psicosis confusional o delirium, con alteraciones cognitivas difusas, alteraciones del comportamiento, con o sin pérdida de conciencia. Además, pueden presentar pensamiento ilógico y disgregado con lenguaje con alteraciones semánticas, y otras características epilépticas como automatismos motores. Puede haber alucinaciones auditivas y/o visuales, si bien estas, así como los delirios, son menos frecuentes que en la psicosis postictal.
- POSTICTALES: En este tipo de psicosis suele existir un periodo de lucidez de 2,5 a 48 horas entre el inicio de la crisis epiléptica y el inicio de los síntomas psicóticos. Estos deben aparecer en un tiempo inferior a una semana tras una crisis epiléptica. La sintomatología se caracteriza por estado de confusión, alucinaciones, agitación, insomnio e ideas delirantes, siendo las más frecuentes de persecución.

## **RETOS EN EL MANEJO DE LA PSICOSIS INTERICTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

- Destaca un fuerte componente afectivo, predominando los estados afectivos (depresión, manía, agresividad) sobre las alucinaciones. La duración de los síntomas es habitualmente de unos 9-10 días si bien en algunos casos se pueden prolongar varias semanas o meses.  
INTERICTAL O CRÓNICA: No existe una relación temporal con las crisis epilépticas. Existe una latencia media de aparición de 14,4 años tras inicio de la epilepsia.
- FORMA AGUDA: se caracteriza por ideas delirantes paranoides, autorreferenciales y místicas, así como alucinaciones auditivas y visuales, que pueden acompañarse de estados afectivos (manía o depresión). Pueden presentar alteraciones de la memoria y fenómenos de despersonalización. Suelen resolverse con tratamiento con antipsicóticos, pero algunos pueden cronificarse.
- FORMA CRÓNICA: Psicosis esquizofrenia-like por su semejanza clínica a la esquizofrenia. Suelen presentarse en pacientes con epilepsia de larga evolución y mala respuesta a los fármacos antiepilépticos. Pueden durar de meses a años. Se caracterizan por alteraciones crónicas del comportamiento, con menor componente alucinatorio, ideación paranoide, pérdida de afectividad y deterioro que la esquizofrenia.

En el caso que nos ocupa dada la ausencia de crisis epilépticas recientes y las características clínicas presentadas, entre ellas, ideas de perjuicio, alteraciones de memoria y afectación del ánimo, podríamos encontrarnos ante un caso de Psicosis interictal de forma aguda.

### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

El manejo farmacológico de la psicosis asociada a epilepsia supone un verdadero reto. Esto se debe tanto a la dificultad en el diagnóstico como en los tratamientos farmacológicos disponibles. Respecto a este punto cabe destacar que todos los fármacos antipsicóticos disminuyen el umbral epiléptico, siendo los fármacos con menor riesgo convulsivo: Risperidona, Paliperidona y Aripiprazol; y los de mayor riesgo: Clorpromazina y Clozapina. Igualmente, algunos fármacos antiepilépticos se han asociado a síntomas psicóticos, con prevalencias entre el 1 y el 2%. Entre ellos se encuentran: Topiramato, Zonisamida, Levitiracetam y Gabapentina.

Teniendo en cuenta lo expuesto previamente, el manejo de las psicosis puede dividirse entre manejo agudo y manejo a largo plazo.

## **RETOS EN EL MANEJO DE LA PSICOSIS INTERICTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

El manejo agudo de las psicosis de la epilepsia requiere un enfoque multidisciplinario con la participación tanto de psiquiatría como de neurología. Los objetivos se centran en la remisión de la sintomatología y el tratamiento de la causa subyacente (epilepsia). Para ello, el tratamiento farmacológico debe ser individualizado, y se basará en el ajuste del tratamiento antiepiléptico, así como en el empleo de antipsicóticos con o sin empleo de benzodiazepinas asociado. En el caso de las psicosis perictales se debe hacer uso de benzodiazepinas, por ejemplo, Lorazepam o Diazepam. Dada la ausencia de evidencia científica, la elección de antipsicótico se debe realizar según las guías internacionales. En este sentido, se puede considerar la Risperidona como primera línea, dado que se encuentra entre los antipsicóticos que menos disminuyen el umbral epiléptico y la baja propensión a interacciones con otros fármacos.

Respecto al manejo a largo plazo. Dada la remisión completa de los síntomas en menos de un mes del 95% de los pacientes con psicosis postictales, la mayoría de los pacientes requieren como máximo tres meses de tratamiento antipsicótico. Sin embargo, en los pacientes en los que los síntomas duran varios meses, en los pacientes con psicosis postictales recurrentes y en aquellos en los que exista psicosis interictal requerirán antipsicóticos a largo plazo, con cuidadosa vigilancia por parte de neuropsiquiatría. Además, es importante lograr una buena adherencia al tratamiento farmacológico antiepiléptico.

Retomando el caso de la paciente que hemos presentado, se logró una remisión completa de la sintomatología tras la realización de ajuste farmacológico con el empleo de risperidona y ajuste de tratamiento antiepiléptico.

## **CONCLUSIONES**

La psicosis en epilepsia es una complicación grave de la epilepsia, con una gran complejidad a nivel clínico, de diagnóstico y de tratamiento. Habitualmente se clasifica en: perictal (preictal, ictal y postictal) e interictal. El tratamiento farmacológico se encuentra dificultado dado el efecto de reducción de umbral epiléptico en caso de los antipsicóticos, y la asociación de algunos antiepilépticos con la aparición de psicosis. Existe escasa evidencia científica con respecto al tratamiento farmacológico antipsicótico en epilepsia. La risperidona puede considerarse como primera línea de tratamiento dada la baja propensión a interacciones con otros fármacos y a que se encuentra entre los antipsicóticos que menos disminuyen el umbral epiléptico.

## **RETOS EN EL MANEJO DE LA PSICOSIS INTERICTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Maguire M, Singh J, Marson A. Epilepsy and psychosis: a practical approach. *Pract Neurol.* 2018;18(2):106-14.
2. Agrawal N, Mula M. Treatment of psychoses in patients with epilepsy: an update. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology.* 2019;9:1-10.
3. De Toffol B, Trimble M, Hesdorffer DC, Taylor L, Sachdev P, Clancy M, et al. Pharmacotherapy in patients with epilepsy and psychosis. *Epilepsy & Behavior.* 2018;88:54-60.
4. Kanner AM, Rivas-Grajales AM. Psychosis of epilepsy: a multifaceted neuropsychiatric disorder. *CNS Spectr.* 2016;21(3):247-57.
5. D'Alessio L, Donnoli V, Kochen S. Psicosis y epilepsia: características clínicas y abordaje terapéutico. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* 2012, 23:265-270