

## **CASO CLÍNICO: TRASTORNO PSICÓTICO VS. EPILEPSIA**

J. Martín Carballada; N. Chinchurreta de Lora; F. García Sánchez; O. Sobrino Cabra

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.

[juliamc82@hotmail.es](mailto:juliamc82@hotmail.es)

### **RESUMEN:**

La sintomatología psicótica asociada a la epilepsia puede ser de corta duración o ser persistente. Los estados psicóticos breves pueden ser ictales o post-ictales, tomando la forma de trastorno confusional. En cambio, las psicosis interictales (como el caso de nuestra paciente) se caracterizan por ser de tipo esquizofreniformes y paranoides, y con menor frecuencia psicosis afectivas. La esquizofreniforme es más frecuente en la epilepsia del lóbulo temporal dominante, y se asocia con más frecuencia a una ideación delirante de perjuicio, autorreferencial, fantástica y alucinaciones de cualquier modalidad sensorial.

**Título del Caso: "En este lugar, huele raro"**

**INTRODUCCIÓN:**

Las crisis epilépticas son disfunciones cerebrales transitorias causadas por una descarga eléctrica excesiva y anormal de las neuronas. La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos de mayor prevalencia en la población general (8-17,5/1.000 habitantes). El concepto de epilepsia ha ido cambiando a lo largo de la historia y oscilando desde una visión negativa a otra más medicalizada.<sup>1</sup>

**ANAMNESIS:**

**Motivo de consulta:**

Mujer de 56 años que es traída a Urgencias en ambulancia, por un cuadro de agitación psicomotriz.

**Antecedentes personales:**

• **SOMÁTICOS:**

No alergias medicamentosas conocidas.

Hipertensión arterial en estudio y tratamiento con Medicina Interna.

Cuadros sincopales en estudio por Cardiología.

Anemia macrocítica por déficit de vitamina B<sub>12</sub> en tratamiento sustitutivo.

Insuficiencia renal crónica leve.

Antecedentes quirúrgicos: Herniorrafia izquierda y apendicectomía.

• **PSIQUIÁTRICOS:**

No antecedentes psiquiátricos previos.

• **FAMILIARES:**

No refiere.

• **BIOGRÁFICOS:**

Natural de Madrid. Viuda desde hace 3 años. Madre de 3 hijos. Vive sola desde hace 3 años.

**Enfermedad actual:**

Se trata de una paciente de 56 años, que es traída a urgencias en ambulancia por un cuadro de agitación psicomotriz. Al inicio es imposible realizar una entrevista con la paciente, debido al cuadro de agitación que presenta, con lo que se indican medidas de contención mecánica y farmacológica, para que ceda el episodio.

Posteriormente y al ceder el cuadro de agitación, la paciente se encuentra desorientada (no sabe en dónde se encuentra, ni sabe referir la fecha que es, ni nos reconoce como personal sanitario). La paciente refiere que no sabe lo que le sucede. La hija comenta que la paciente no había sufrido nunca un episodio similar. La paciente durante la entrevista comienza a verbalizar "aquí huele un poco raro" y refiere escuchar como el sonido de una radio de fondo. Posteriormente, comienza a convulsionar, presenta movimientos convulsivos en miembros superiores e inferiores y sufre desconexión del medio. Se comenta el caso a Medicina Interna, y se decide ingreso a cargo del Servicio de Neurología.

**EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:**

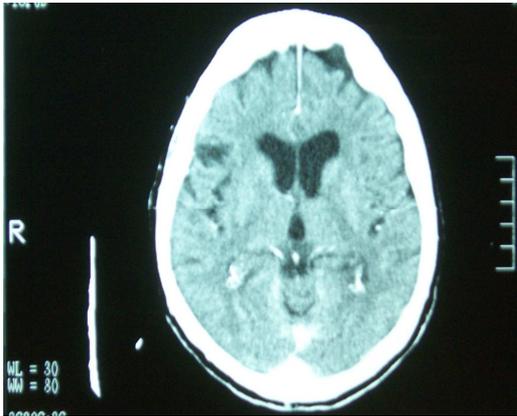
La paciente se encuentra consciente y desorientada en las 3 esferas. Se muestra tranquila, abordable y colaboradora. Presenta buen contacto visual y atención conservada. No se objetivan alteraciones de la memoria. Presenta ánimo reactivo a la situación vital y un discurso fluido y coherente sin alteraciones en el curso, forma y contenido del pensamiento e hiporexia. No presenta ideas de muerte, ni ideación auto, ni heterolítica en el momento actual. Presenta alteraciones sensorio-perceptivas (alucinaciones auditivas y olfativas), no ideación delirante en el momento actual. Así mismo, la paciente presenta juicio de realidad conservado.

**EXPLORACIÓN FÍSICA y NEUROLÓGICA:**

La paciente presenta buen estado general. Tanto la auscultación cardiopulmonar como el resto de la exploración física es rigurosamente normal. El examen neurológico es normal y no presenta focalidad neurológica.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

- Hemograma y coagulación: dentro de los rangos de la normalidad.
- Bioquímica: Normal.
- Gasometría: Normal.
- TAC CRANEAL:
  - Lesión córtico-subcortical perirrolándica derecha, hipodensa, sin efecto masa, ni captación de contraste, que sugiere etiología tumoral de bajo grado.
  - Lesión córtico-subcortical frontal derecha, hipodensa, que retrae surco de vecindad, sin captación de contraste, siendo sugestiva de lesión isquémica crónica.
  - Posibles cambios inflamatorios en el seno esfenoidal.



Lesión córtico-subcortical frontal derecha.  
subcortical perirrolándica derecha.



Lesión córtico-

- ESTUDIO ELECTROENCEFALOGRÁFICO SUEÑO-VIGILIA:
  - La electrogénesis cerebral de vigilia muestra la existencia de una discreta asimetría interhemisférica en áreas centro-parietales-temporales que dependen del hemisferio derecho.
  - La electrogénesis cerebral del sueño muestra la existencia de algunas anomalías focales epileptiformes intercríticas en áreas centro-parieto-temporales del hemisferio derecho.

**DIAGNÓSTICO:**

Probables fenómenos críticos del lóbulo temporal en probable relación con crisis comiciales generalizadas.  
Glioma perirrolándico derecho.

**TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN:**

Durante su ingreso se pautó tratamiento con fenitoína oral, que la paciente ya había tomado con anterioridad por crisis epilépticas, y se fueron ajustando las dosis según los niveles séricos del fármaco y hasta llegar a la dosis eficaz.

## **DISCUSIÓN:**

Estas psicosis mantienen, según Slater (1963), algunas características: epilepsia del lóbulo temporal (10-30%), ausencia de antecedentes familiares de psicosis, personalidad previa normal, cambios frecuentes del humor, estados místicos, alucinaciones visuales, rasgos catatónicos, se inician con intervalo medio de 14 años después del inicio de la epilepsia y con frecuencia queda preservada la personalidad y mantienen sus intereses sociales y actividad laboral.<sup>2 y 3</sup>

La sintomatología psicótica asociada a la epilepsia puede ser de corta duración o ser persistente. Los estados psicóticos breves pueden ser *ictales* o *post-ictales*, tomando la forma de trastorno confusional. En cambio, las *psicosis interictales* (como el caso de nuestra paciente) se caracterizan por ser de tipo esquizofreniformes y paranoides, y con menor frecuencia psicosis afectivas. La esquizofreniforme es más frecuente en la epilepsia del lóbulo temporal dominante, y se asocia con más frecuencia a una ideación delirante de perjuicio, autorreferencial, fantástica y alucinaciones de cualquier modalidad sensorial. Las alucinaciones olfativas son muy sugerentes de epilepsia del lóbulo temporal. Se han implicado los fármacos antiepilépticos como desencadenantes de *psicosis crónicas interictales*.<sup>4 y 5</sup>

El término *psicosis epilépticas*, las crisis epilépticas clínicas suelen preceder al brote psicótico.<sup>5</sup>

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. James L. Levenson. *Tratado de Medicina Psicosomática*. Barcelona: Ars Médica; 2006.
2. J. R. Gutiérrez Casares. Revista Atención Primaria y Salud Mental Vol. 8 nº 3; 2005 *Talleres de Formación: Epilepsia y Psiquiatría*.
3. César Viteri Torres. *Tratamiento de la epilepsia en situaciones especiales*. Barcelona: Ars Médica; 2004.
4. J. Vallejo Ruiloba. *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. Barcelona: Ed. Masson. 6ª Edición; 2006.
5. J. L. Vázquez-Barquero. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Biblioteca Aula Médica 2ª Edición; 2007.