

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN SÍNDROME EPILÉPTICO

RESUMEN

La relación que puede existir entre la epilepsia y los trastornos psiquiátricos se remonta desde la idea de “enfermedad sagrada” pasando por la teoría de la normalización forzada hasta hipótesis actuales basadas en neuroimagen o la teoría del encendido y los focos secundarios.

Existen dificultades metodológicas para la obtención de conclusiones válidas sobre aspectos de este tema pero se ha visto que los pacientes epilépticos tienen mayor riesgo que la población general de sufrir trastornos psiquiátricos que pueden ser periictales (antes y después de las crisis epilépticas), como las auras o síntomas postictales o interictales (independientes de las crisis), que son los más frecuentes. Estos últimos trastornos consisten en:

- Trastornos psicóticos, poco frecuentes pero de gran importancia con ausencia de síntomas negativos y haloperidol, risperidona y olanzapina como tratamiento de elección.
- Trastorno depresivo, es muy frecuente aunque suele estar infraestimado e infratratado, con mayores tasas de suicidio y los IRSS como elección en el tratamiento.
- Ansiedad, en la que la información precisa es muy importante.
- Trastornos de la personalidad, con rasgos de viscosidad, hipergrafía, hiposexualidad, agresividad o hiperreligiosidad.
- Y algunos trastornos orgánicos con alteraciones cognitivas.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA:

En el intento de responder a la pregunta sobre la posible relación entre epilepsia y psiquiatría resulta útil volver la vista atrás:

Ya en el periodo griego se consideraba la enfermedad como un castigo divino y el individuo que la sufre especialmente impío o pecador. En el Tratado hipocrático sobre la “Enfermedad Sagrada”, así llamaban a la epilepsia, se denunciaba el tratamiento injusto a las personas que padecían esta enfermedad, tanto por los médicos, como por la sociedad en general. El texto describe por vez primera las convulsiones como la manifestación de una disfunción cerebral. Así mismo, Hipócrates señalaba la mayor frecuencia de ciertos problemas mentales entre los aquejados de la enfermedad: “Los epilépticos se vuelven melancólicos y los melancólicos epilépticos”. Otro autor, Areteo, irá un poco más allá, para especular que la enfermedad es causa de alteraciones

duraderas en estado de ánimo, personalidad y funciones cognoscitivas: “Se vuelven lánguidas, torpes, poco sociables, pierden la espiritualidad, [...] son lentos en los aprendizajes debido a la torpeza del entendimiento y de los sentidos”.

En el siglo XIX los epilépticos convivían con los locos en el manicomio. La epilepsia es considerada una enfermedad mental y como tal dentro de los dominios del “alienista” quien, a diferencia de sus colegas neurólogos que la definen únicamente por síntomas sensitivos y motores, defiende su naturaleza más compleja al denominarla con el término: “*Mobius totius substantiae*”.

Algunos de los alienistas más destacados de la época marcan hitos en la descripción de esta relación:

-Philippe Pinel: “Locura complicada con epilepsia”

.-Jean Esquirol (1824): Primeras aproximaciones neuropsiquiátricas. Descripción de las distintas variedades de “alienación” que sufrían las enfermas epilépticas en el manicomio que gobernaba.

-Augustin Morel y Jules Falret: “Épilepsie larvéé” y “Equivalentes epilépticos” trastornos en el pensamiento, ánimo y capacidades cognitivas similares a los descritos en el aura epiléptica pero sin seguirse de convulsiones.

-Jean Martin Charcot (1825 1893): observó que no era epilepsia todo lo que parecía e insistió en la necesidad de hacer diagnóstico diferencial con la histeria, escribiéndose así una de las primeras descripciones de “pseudocrisis”, un tema que aún hoy tiene vigencia y sigue siendo un campo de batalla entre neurólogos y psiquiatras.

-William Gowers (1881): Habla también de cambios de personalidad, manía, ira, hiposexualidad, deterioro intelectual y déficits atencionales en epilépticos.

-Samt (1876): Describe la “Personalidad Epiléptica” con una frase muy literaria: “Los pobres epilépticos que llevan en su bolsillo un libro de oraciones, el amado Señor en sus labios, y un exceso de sinsentido en el interior”.

A finales del siglo XIX, la posibilidad de registrar la actividad encefalográfica durante las crisis abre todo un abanico de preguntas y ubica definitivamente la enfermedad en los dominios de la Neurología.

- La teoría del antagonismo psicosis- epilepsia nace de la siguiente observación: con la aparición de episodios psicóticos en determinados enfermos epilépticos se produce una disminución de la frecuencia de las crisis. La hipótesis consiguiente se formula con la pregunta: ¿tienen las convulsiones un efecto protector del trastorno mental? Pregunta que dará a luz a la terapia electroconvulsiva con la intención de aliviar manifestaciones psiquiátricas mediante la aplicación de descargas eléctricas al cerebro que provoquen convulsiones.
- El término “Normalización forzada” (Landolt 1953) está también relacionado con la observación del mismo fenómeno: ciertos pacientes con epilepsia presentaban normalización del EEG (electroencefalograma o registro de la actividad eléctrica cerebral) asociada a la aparición de síntomas psicóticos. Actualmente este fenómeno se ha registrado también en otros problemas mentales de epilépticos: depresión, ansiedad, trastorno de déficit atencional e hiperactividad en niños... No será hasta la década de los 50-60 cuando en el abordaje neurológico de la epilepsia surja el redescubrimiento de los aspectos psiquiátricos en esta. Es en este momento cuando Slater y cols. desafían la teoría antagonista y postulan un vínculo positivo entre actividad comicial y alteraciones mentales: la hipótesis del lóbulo temporal.

Actualmente hay varios caminos de investigación sobre los neurotransmisores y anomalías anatómicas en el cerebro epileptógeno, con varias teorías:

Estudio neuropatológico Bruton (1994): Los cerebros de epilépticos con trastornos psicóticos se distinguían de aquellos no psicóticos por la dilatación de los ventrículos, la gliosis paraventricular y el excesivo daño neuronal (aproximadamente como los de esquizofrénicos no epilépticos). Si la psicosis era esquizofreniforme aparecían además microlesiones en grandes vasos sustancia blanca.

Victoroff y cols.(1994): Correlación significativa entre hipometabolismo interictal del lóbulo temporal izquierdo y depresión en pacientes epilépticos. Los indicios que nos llevan a pensar en una posible relación causal entre actividad comicial y desarrollo de

síntomas psiquiátricos son la aparición de síntomas psicóticos una década después del inicio de epilepsia, el descenso de la frecuencia de las crisis antes del inicio de síntomas psiquiátricos, con electrodos a gran profundidad se ve una correlación entre síntomas psicóticos y puntas ondas en amígdala, hipocampo y septum asociadas a descenso de actividad neo cortical. De entre las posibles explicaciones y en consonancia con el último hallazgo de actividad eléctrica profunda coincidente con manifestaciones psíquicas, la de mayor actualidad es **LA HIPÓTESIS EPILEPTOGENICA SECUNDARIA Y EL ENCENDIDO:**

Como encendido entendemos la estimulación eléctrica focal repetida (las descargas del foco epiléptico primario) que termina dando lugar a un incremento de la excitabilidad de neuronas entorno al foco o que están conectadas con él, a largo plazo, de manera que nace un foco secundario (quizás el detectado con electrodos profundos que citábamos antes, lo cual explicaría la frecuencia con la que los electrodos de superficie no detectan actividad eléctrica anormal en aquellas crisis con manifestaciones predominantemente psíquicas) y será de la actividad de este foco de la que resulten las alteraciones del comportamiento.

TRASTORNOS NEUROPSIQUIATRICOS EN LA EPILEPSIA

Nos centraremos en los trastornos relacionados con el síndrome de epilepsia, que pueden ser periictales, cuando los síntomas preceden o siguen a la crisis ó interictales cuando los síntomas ocurren independientemente de la crisis.

1. TRASTORNOS PERIICTALES:

- **AURAS.**

- **SÍNTOMAS POSTCRÍTICOS:**

El más frecuente es la obnubilación de minutos/horas de duración. La naturaleza de los síntomas depende de la localización de la actividad neuronal focal, son las crisis parciales simples del lóbulo temporal la mejor materia prima para el estudio de las manifestaciones psíquicas durante las crisis. Entre ellas se encuentran: Vivencias de distorsión temporal y trastornos de memoria: Flashbacks, déjà vu, jamais vu, recuerdos

panorámicos de la vida pasada, sensaciones de irrealidad o de despersonalización.

Síntomas afectivos: placer, displacer, miedo, ira, risa, tristeza. Distorsiones sensoriales visuales, auditivas... incluso alucinaciones.

2. TRASTORNOS INTERICTALES:

- **TRASTORNOS PSICÓTICOS:**

Suelen aparecer después de una latencia de 10 a 15 años de la aparición de la epilepsia.

En estos pacientes hay una mayor proporción de auras epigástricas, de miedo y con contenido psíquico y autónomo. Suele haber ausencia de síntomas negativos (apatía, alogia, abulia) y tienen un pronóstico más benigno llegando incluso a quedar libres de síntomas.

No existe acuerdo entre la localización del foco epiléptico y la aparición de la psicosis pero en la mayoría de las series publicadas apuntan a las crisis parciales del lóbulo temporal.

En cuanto a los factores de riesgo para la aparición de esta psicosis cabe destacar: múltiples crisis, status epiléptico, epilepsia refractaria, mujeres, comienzo entre los 13-18 años, historia familiar de esquizofrenia.

En los hallazgos EEG no se ha podido encontrar ningún patrón, siendo muy variables los resultados. En neuroimagen se han encontrado hipocaptación parieto-temporal en el ESPECT y PET y pérdida de volumen del hipocampo en la RM, pero no son resultados definitivos ya que las pruebas se han realizado en escaso número de pacientes.

En cuanto a tratamiento antipsicótico, las butirofenonas (haloperidol) son las menos comicialógenas y las fenotiazinas las que mayor riesgo de exacerbar la crisis tienen.

Dentro de los nuevos antipsicóticos, la risperidona y la olanzapina son los menos epileptógenos.

- **TRASTORNO DEPRESIVO:**

Es el trastorno más frecuente dentro del síndrome epiléptico dentro del trastorno depresivo el trastorno distímico.

El suicidio es cuatro veces más frecuente en los epilépticos que en la población en general, teniendo más riesgo las epilepsias del lóbulo temporal, frecuentes hospitalizaciones por problemas psiquiátricos y el tratamiento del síndrome comicial en un hospital de tercer grado.

La etiología de este síndrome depresivo se debe a la interacción de diversos factores; neurobiológicos, más frecuente en pacientes con epilepsia y afectación concomitante del lóbulo temporal izquierdo o lóbulo frontal; psicosociales, problemas de adaptación social, estrés y marginación por la estigmatización de la enfermedad; y iatrogénicos, muchos fármacos antiepilépticos pueden provocar síntomas psiquiátricos (sobre todo fenobarbital y primidona).

En cuanto al tratamiento hay que decir que la depresión en estos pacientes esta infradiagnosticada y poco tratada. Hay que procurar poner estabilizadores del animo (carbamazepina, valproato, lamotrigina y gabapentina) y los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (de elección sertralina y citalopram), y evitar los tricíclicos que aumentan las crisis. En los casos de depresión mayor grave valorar la terapia electroconvulsiva.

- **ANSIEDAD:**

Es el segundo trastorno más frecuente, puede tener varias causas aunque los factores psicosociales aparecen como los principales, también el miedo a sufrir un daño cerebral o la focalidad en el hemisferio cerebral izquierdo.

En la epilepsia infantil, el trastorno de ansiedad lo suelen padecer los padres que lleva a la hiperprotección del niño generando también ansiedad en este por lo que es muy importante la información precisa a los padres y el ofrecimiento de ayuda mediante asociaciones y apoyo.

El tratamiento se basa en el empleo de benzodiazepinas, preferentemente clonacepam junto con tratamiento psicológico.

- **TRASTORNO DE PERSONALIDAD:**

Es un hecho indudable que muchos pacientes epilépticos presentan rasgos característicos en su personalidad y aunque no se ha podido demostrar nada muchos autores hablan de la mentalidad epiléptica, caracterizada por perseveración, adherencia y pegajosidad, pobreza en las asociaciones psíquicas, afectividad también pegajosa e irritable, pensamiento y lenguaje prolijo con gran profusión de detalles y lentitud.

La irritabilidad y la cólera son los rasgos mas destacados de estos enfermos.

Esta personalidad epiléptica no es solo consecuencias del ataque sino la expresión de a constitución del sistema nervioso desde donde parte también la convulsión.

Ciertas relaciones sociofamiliares junto con la enfermedad en si dan lugar, sobretodo en la infancia, a que la epilepsia se manifieste con trastornos de conducta.

En algunos casos los pacientes epilépticos sufren un claro deterioro, estos cuadros de demencia suelen ser raros y siempre ligados a lesión cerebral, son poco profundos y de evolución lenta. Los síntomas suelen ser una exageración de la personalidad epiléptica con mas deterioro cognitivo.

- **TRASTORNOS ORGANICOS:**

Un pequeño porcentaje de epilépticos presentan trastornos en las funciones cognitivas: En los pacientes con encefalopatía, síndrome de West o Lennox-gastaut muestran de forma general un descenso en el coeficiente intelectual, como factores de riesgo encontramos las crisis generalizadas en gran número, estatus epiléptico y comienzo de edad temprana.

La memoria también se puede afectar, más frecuentemente en epilépticos con focalidad temporal, edad temprana de comienzo, duración prolongada de las crisis o lesión estructural concomitante.

Las alteraciones de las funciones ejecutivas se encuentran en pacientes que tienen muchas crisis generalizadas o frecuentes episodios de status epiléptico.

También puede haber alteraciones en las funciones perceptivas o visuoespaciales.

Los fármacos antiepilépticos, sobretodo los clásicos, también pueden causar alteraciones cognitivas, la politerapia junto a niveles plasmáticos cercanos a la toxicidad son los factores más importantes para esta alteración.

CONCLUSIONES

La asociación de los trastornos psiquiátricos a las epilepsias es referido desde hace aproximadamente 4,000 años, en el 2,000 antes de la era cristiana. Pese a esto no se ha establecido un verdadero vínculo entre las diferentes entidades psiquiátricas y las epilepsias.

Los últimos estudios consideran que los trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia son más frecuentes que en la población supuestamente sana pero similar a los enfermos que sufren de otras afecciones neurológicas. No hay muchos estudios realizados con seriedad que sirvan para precisar la incidencia o prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la epilepsia.

Creo que es necesario que tanto neurólogos como psiquiatras trabajen en conjunto con estos pacientes, concienciándose de la importancia que tiene el abordaje adecuado de estos trastornos para mejorar la calidad asistencial y de vida de los pacientes y sus familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Jesús Cacho Gutierrez. Trastornos cognitivos y neuropsiquiaticos en la epilepsia. Guías neurológicas: Epilepsia. España 2003. pp 23-43.
2. Demetrio Barcia. Aspectos psiquiaticos de la epilepsia. Trastornos mentales de las enfermedades neurológicas. Murcia 2004. Quaderna editorial. Pp. 425-476.
3. Wielant Machleidt. Trastornos mentales en la epilepsia: la epilepsia como trastorno mental. Psiquiatría, trastornos psicósomáticos y psicoterapia. Editorial Masson. Pp. 386-393.
4. M^a. J. Moreno, A. Medina, R. Lillo. Humor y epilepsia. Revista electrónica de psiquiatría. Vol. 2. No. 2. Junio 1998.
http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num2/artic_5.htm
5. S. González , J. Quintana , R. Fabelo. Epilepsia y sociedad: una mirada hacia el siglo XXI. Revista electrónica de psiquiatría. Vol. 3. No. 3. Septiembre de 1999.
http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num3/artic_5.htm
6. Andres M. Kanner. Depresión y epilepsia: una nueva perspectiva sobre dos trastornos muy relacionados. Revisión en ciencia básica. Pp. 6-12.
7. Orlanda varela González. Epilepsia y psiquiatría. Cineteco para profesionales. 27 de Diciembre de 2007.
<http://www.cineteco.com/profesionales/2007/12/27/epilepsia-y-psiquiatria/>
8. Marchetti RL, Castro APW, Kurgant D y colaboradores. Epilepsia y trastornos mentales. Revista de psiquiatría clínica. 32 (3). Pp. 170-182. 2005.
<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb380.htm>