

Disfunciones y Desviaciones Sexuales en la Epilepsia

Fernando Ivanovic-Zuvic

Clínica Psiquiátrica Universitaria, Santiago.

RESUMEN

La literatura clásica menciona una aparente alta tasa de desviaciones y disfunciones sexuales en los sujetos con epilepsia. Sin embargo, estudios contemporáneos señalan que estas tasas son menores. La hiposexualidad es una condición común en epilépticos, mientras que las desviaciones sexuales son menos frecuentes. Focos epileptógenos en el lóbulo parietal y especialmente en el lóbulo temporal y sistema límbico pueden dar origen a crisis epilépticas de contenidos sexuales, aunque éstas no son frecuentes. La aparición de una crisis epiléptica durante el contacto sexual puede dar origen a disrupciones en la relación de pareja, la que debe ser tratada en forma adecuada por el médico tratante. Se presenta un caso clínico en que la aparición de crisis epilépticas significó un cambio en la relación de pareja y sexualidad.

Uno de los mitos más comunes respecto a los epilépticos es el de ser poseedores de una mayor capacidad sexual, que se revela tanto en una mayor libido como en frecuentes relaciones sexuales, intensas, de múltiples orgasmos. Sin embargo, los estudios no han confirmado esta característica, sino por el contrario, la hiposexualidad es común tanto en hombres como en mujeres, ya que ambos presentan inhibición de la libido y del deseo sexual. Por otro lado, la población de epilépticos tiene una mayor tasa de disfunciones sexuales que la población general (1).

En este trabajo se utilizará la siguiente clasificación para los desórdenes sexuales en epilépticos:

A. DESORDENES INTERICTALES

1. Hiposexualidad
2. Desviaciones sexuales

B. DESORDENES ICTALES

1. Focos en el Lóbulo Parietal
2. Focos en el Lóbulo Temporal y Sistema Límbico.

A. DESORDENES INTERICTALES

1. Hiposexualidad

La hiposexualidad es una característica común en epilépticos. Se entiende por este término la falta de deseo y escasa actividad sexual. Gastaut en 1954 encontró que el 26% de las mujeres institucionalizadas eran portadoras de hiposexualidad. La edad de inicio de la epilepsia era un factor de importancia, ya que un inicio temprano de las crisis implicaba una mayor probabilidad de experimentarla. Otro factor favorecedor de la hiposexualidad lo constituía la aparición de crisis frecuentes o aquellas resistentes al tratamiento anticonvulsivante (1).

Estos hechos también se presentan en el hombre epiléptico, en el cual es frecuente observar falta de interés sexual, menor frecuencia de relaciones sexuales, disminución de la erección matinal, dificultades en la eyaculación e impotencia sexual. Fenwick (2) relaciona esta hiposexualidad principalmente con epilépticos institucionalizados. Diversos autores mencionan una asociación entre hiposexualidad y epilepsia del lóbulo temporal tanto para hombres como para mujeres. Guerrant señala que impotencia y frigidez son más comunes en epilépticos del lóbulo temporal que en epilépticos con crisis generalizadas. La hiposexualidad en epilépticos con crisis parciales complejas es mayor que la encontrada en otras enfermedades crónicas, ya que la primera ocurre en el 50% de los epilépticos, mientras la segunda aparece en el 30% en los sujetos con cuadros crónicos. Epilépticos que comienzan sus crisis previo a la pubertad o durante ella muestran inhibición en las relaciones sexuales. Si las crisis parciales complejas debutan posteriormente, luego de haberse iniciado las relaciones sexuales, ocurre una disminución del interés sexual. Otros autores que sostienen que la hiposexualidad se relaciona principalmente con crisis

psicomotoras y con epilepsias del lóbulo temporal son Kolarsky, Mignone, Gastaut, Saunders, Shukla y Pritchard (3).

Sin embargo, otros autores no encuentran esta relación entre el tipo de epilepsia y la presencia de alteraciones sexuales. Fenwick (2) no encontró relación entre el tipo de crisis e hiposexualidad, señalando que aquellos con crisis severas de cualquier origen poseían mayor propensión a experimentar hiposexualidad.

La edad de inicio de las crisis es un factor de riesgo en la aparición de hiposexualidad, especialmente en relación con la pubertad, siendo mayor en aquellas de comienzo previo a la pubertad. También las posibilidades de contraer matrimonio son menores en epilépticos que comienzan sus crisis con anterioridad a la pubertad. El control de las crisis se asocia generalmente a un mejor desempeño sexual. Con respecto al uso de fármacos anticonvulsivantes, el uso racional de monoterapias sobre politerapias disminuye los efectos laterales que pudieran influir en el desempeño sexual. La aparición de efectos laterales que afectan la estética del sujeto conducen a una inhibición sexual, especialmente en mujeres. Estos son frecuentes con la difenilhidantoína que produce cambios en la piel, hipertrichosis con aumento de los vellos e hiperplasia gingival severa. El fenobarbital provoca engrosamiento de los rasgos faciales al igual que la difenilhidantoína.

Estos efectos laterales deben ser tomados en consideración, ya que llevan a la suspensión de los fármacos por el paciente. El aseo dental y el tratamiento de la hiperplasia gingival mediante cirugía junto a la eliminación de la hipertrichosis, son necesarias para mantener la estética femenina. Cuando las molestias son severas se deben cambiar los fármacos para obtener una mayor adherencia al tratamiento y evitar los efectos secundarios.

Hombres sometidos a tratamiento anticonvulsivante presentan alteraciones en las hormonas sexuales tanto en su ligazón a proteínas como en su síntesis. Reducciones en los niveles de testosterona son producto de un mayor catabolismo de esta hormona o menor capacidad de unirse a proteínas. Algunos fármacos disminuyen los niveles libres de testos-terona tanto en hombres como en mujeres (4). En el comienzo del tratamiento el organismo intenta mantener la homeostasis, pero posteriormente la síntesis testicular de esta hormona se afecta por el uso de anticonvulsivantes. Estas alteraciones hormonales están en relación con la hiposexualidad, especialmente por la disminución de la testosterona libre en plasma y el alza de los niveles plasmáticos de la hormona luteinizante (2).

Cabe señalar que el fenobarbital y la primidona se asocian a disminución de la libido y potencia sexual, efectos de mayor cuantía en relación a otros fármacos como la difenilhidantoína y la carbamazepina (4).

Alteraciones en el sistema límbico se han relacionado con la hiposexualidad, aspectos en controversia en la actualidad. Crisis originadas en el hipocampo o en otras estructuras límbicas afectan el funcionamiento hipotalámico y de este modo se alteran las funciones sexuales (4). La presencia de daño orgánico cerebral y bajo C.I. son factores limitantes, tal como lo es la aparición de comorbilidad psiquiátrica. Los epilépticos que son referidos a centros psiquiátricos impresionan poseer mayores alteraciones sexuales. Alzas en los niveles de prolactina han sido postulados en casos de inhibición de la ovulación, cambios en la fisiología hipofisiaria e hiposexualidad. Dicha alza de la prolactina es común luego de la aparición de crisis generalizadas, elevación que tiende a permanecer durante 20 a 30 minutos luego de la convulsión epiléptica modificando los patrones hormonales del individuo.

Una serie de factores sociales influyen en la hiposexualidad especialmente en epilépticos que comienzan con sus crisis antes de la pubertad. No sólo el deseo sexual está disminuido, sino también la voluntad de contraer matrimonio. La disminución de la autoestima, la escasa capacidad de adquirir nuevos aprendizajes e intereses están presentes como resultado del proceso de estigmatización social que experimenta el epiléptico.

Sin embargo, las tasas de matrimonio en epilépticos han aumentado durante los últimos años para ambos sexos, probablemente por el mejor manejo de las crisis, aunque los epilépticos aún mantienen dificultades para conseguir parejas y tener hijos en sus matrimonios.

CASO CLINICO

Se describirá una paciente epiléptica en que la aparición de las crisis marca un radical cambio en su vida y desempeño sexual (5).

Mujer de 54 años, casada, dueña de casa, nivel socio-económico medio-bajo, portadora de crisis focales secundariamente generalizadas de inicio tardío.

La paciente es hija menor de una familia de tres hermanos. No posee antecedentes mórbidos hasta la aparición de su primera crisis focal secundariamente generalizada.

La menarquia se presentó a los quince años, la que fue vivenciada con temor ya que no tenía información al respecto. Sus menstruaciones se acompañaban de intensos dolores. Contrae matrimonio a los diecisiete años, nacen tres hijos, los cuales viven con ella. Mantiene una relación con un cierto grado de independencia del marido, visitando amigos con frecuencia.

El comienzo de la epilepsia a los 48 años marca un cambio en la relación con el cónyuge. Este deja su trabajo para dedicarse por completo al cuidado de ella, haciéndose responsable de las decisiones de la paciente. Las crisis presentan auras visuales y en el período post ictal existe amnesia retrógrada, cefaleas intensas y somnolencia.

Desde entonces ha mostrado síntomas ansiosos, acompañados de episodios de agitación, por los cuales ha sido llevada a servicios de urgencia. Con respecto a su vida sexual refiere: “preferiría no tener relaciones sexuales, ni que me tocaran, porque me da miedo”. A pesar de este temor, la paciente logra exitarse y tener orgasmos en algunas ocasiones. Afirma que esta sensación de temor ante la relación sexual, comenzó a presentarse sólo después de haberse iniciado la epilepsia, ya que antes no tenía dificultades sexuales.

La percepción que la paciente tiene de sí misma es deficitaria. Las relaciones sociales son cada vez menos frecuentes ya que tiene temor salir sola a la calle, por lo que permanece la mayor parte del tiempo en su casa. La apariencia en sus vestimentas es adecuada, estableciendo a lo largo de la entrevistas un contacto cercano, mostrándose interesada y cooperadora. Mantiene una adecuada concentración aunque su memoria por momentos se torna frágil. Su pensamiento es concreto, con una baja capacidad de comprensión respecto a sus últimos acontecimientos vitales, siendo su cuerpo el centro de su atención. En esta mujer se observan algunos hechos de importancia en los epilépticos. Al aparecer las crisis, desarrolla una estrecha relación con su marido, con dependencia hacia él, que se hace cargo de ella, ocupando un rol más bien paternal. La realidad y la enfermedad son percibidas como amenazas, ya que el temor a las crisis epilépticas le provoca un sentimiento de descontrol ante su entorno. Las relaciones sexuales atemorizan a la paciente, asociándolas a una posible aparición de las crisis, provocándole una inhibición de su sexualidad, con disminución de su deseo aunque en algunas ocasiones logra una relación sexual satisfactoria.

Con respecto a su autoconcepto posee una imagen de sí misma deteriorada y empobrecida, donde la vivencia de descontrol es marcada, con una posición de vulnerabilidad ante su entorno. Su discurso adquiere un tinte dramático y depresivo con ideas de horror y muerte, como si la epilepsia hubiese marcado una pérdida irreparable, de la cual no es capaz de sobreponerse. Existe una preocupación constante sobre su cuerpo que ha quedado atrapado en sus conflictos, siendo éste la principal vía de expresión de sus emociones.

2. Desviaciones Sexuales

La literatura de comienzo de siglo mencionaba un alto índice de excentricidades sexuales en la población de epilépticos, especialmente fetichismo y travestismo. Esta apreciación se reitera en algunos autores contemporáneos, quienes indican que las desviaciones sexuales se presentan con mayor frecuencia en epilépticos portadores de crisis parciales complejas. Se menciona que estas conductas desviadas comienzan en forma posterior a las crisis, aunque éstas aparezcan en edades tardías. Cursan sin una relación directa con las crisis epilépticas, en forma permanente, constituyéndose en una forma de interacción sexual (3).

Sin embargo, Gastaut señala que la aparición de desviaciones sexuales son raras. Casos aislados son descritos por Pond quien encontró un niño epiléptico de 13 años con conductas perversas que cedieron luego de una lobectomía. Taylor menciona algunos epilépticos con conductas masturbatorias y desinhibición sexual en público. Casos de automutilaciones se encuentran en forma aislada. La homosexualidad, fetichismo y conductas sado-masoquistas tampoco son frecuentes en epilépticos. Estudios efectuados en epilépticos institucionalizados no han revelado tasas mayores de homosexua-

lidad en relación a los no institucionalizados (2). Cabe señalar que la mayoría de las descripciones de las perversiones sexuales en epilépticos provienen de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos donde se describen recuperaciones de ellas luego de lobectomías. Los individuos derivados a estos centros quirúrgicos son aquellos epilépticos con graves trastornos psiquiátricos o conductuales y por lo tanto no son representativos del común de los epilépticos.

Sin embargo, considerando el total de sujetos con desviaciones sexuales la prevalencia de epilepsia en este grupo es mayor que en el resto de la población. Alteraciones electroencefalográficas son frecuentes en transexuales. Walinder (6) encontró que un 46% de 26 transexuales poseían anomalías en el E.E.G., especialmente alteraciones del lóbulo temporal, siendo esta anomalía más frecuente en mujeres que en hombres.

B. DESORDENES ICTALES

1. Focos en el Lóbulo Parietal

Crisis epilépticas con origen en el lóbulo parietal se caracterizan por auras que contienen alucinaciones somáticas, especialmente táctiles localizadas en zonas genitales. También se han descrito parestesias genitales en el pene, vagina, recto, ano y abdomen, pero que generalmente no contienen connotaciones sexuales, son neutras y no provocan excitación sexual por aquellos que las experimentan. Algunos casos de dolor genital han sido descritos como formando parte de crisis epilépticas con asiento en el lóbulo parietal (7).

2. Focos en el Lóbulo Temporal y Sistema Límbico

Crisis de comienzo en el lóbulo temporal poseen manifestaciones de índole sexual, formando parte de un aura o como la crisis parcial compleja misma en automatismos con características sexuales. Se describen auras consistentes en sensaciones placenteras que culminan en un orgasmo acompañado de movimientos rítmicos pélvicos. Episodios de aumento de la libido junto a orgasmos forman parte de crisis parciales complejas, lo que lleva en oportunidades a la suspensión de los fármacos por parte del paciente para permitir la aparición de estos episodios.

Cuando un orgasmo forma parte de una crisis focal compleja, éste ocurre generalmente en períodos premenstruales y la satisfacción erótica persiste aún cuando la crisis haya cesado. Aparecen cambios en la lubricación vaginal como formando parte de la excitación sexual, no siempre acompañada necesariamente de un orgasmo. Estas crisis no se observan en mujeres prepuberales y están en relación con descargas epilépticas en regiones temporales derechas.

Las experiencias eróticas y orgásmicas como formando parte de crisis con asiento en el lóbulo temporal son semejantes a las experiencias de la actividad sexual normal. La literatura también describe como formando parte de la crisis sensaciones genitales no eróticas en hombres y orgasmos no eróticos en mujeres. Variados tipos de fenómenos sensoriales aparecen en forma conjunta, tales como sensaciones genitales asociadas a síntomas abdominales y olfatorios.

Comportamiento sexual forma parte de automatismos. Episodios de movimientos pélvicos semejando relaciones sexuales junto a palabras de contenidos eróticos deseando tener relaciones sexuales se observan en automatismos psicomotores, crisis que se repiten con características similares en un mismo paciente. Estos automatismos son más frecuentes en mujeres e incluyen intentos de desvestirse, masturbación, lo que contrasta con su comportamiento sexual habitualmente recatado y sin demostraciones expresivas de estas conductas. Los hombres muestran erección penéana como formando parte del automatismo. Agresividad con intentos de violación u otras conductas sexuales desviadas durante el episodio psicomotor no son frecuentes. Estos automatismos se observan tanto en epilepsias del lóbulo temporal como del lóbulo frontal, aunque estos últimos son de menor frecuencia (7).

Las crisis epilépticas inducen actividad sexual o bien acontece lo contrario, siendo esta última alternativa la más frecuente. Fantasías sexuales o de masturbación finalizan con una crisis epiléptica orgásmica. En otros casos, la crisis epiléptica se presenta luego del orgasmo, existiendo un patrón estable para cada paciente. Cuando las crisis epilépticas acontecen luego del orgasmo, se repiten de la no aparecen en aquellas relaciones sexuales que no finalizan en orgasmo. Auras con contenidos eróticos son

característicos de focos en regiones temporales, mientras que automatismos sexuales aparecen en relación a estructuras límbicas situadas en regiones anteriores.

La aparición de una crisis epiléptica durante el acto sexual es un factor de profunda disrupción en la pareja. Aunque es poco frecuente que la actividad sexual desencadene una crisis, cuando esto ocurre, conduce a que la pareja evite las relaciones sexuales. El compañero sexual del epiléptico se muestra temeroso por la posibilidad de la aparición de una crisis durante el acto sexual, lo que limita tanto su propia excitación como la oportunidad de mantenerlas, lo que ocurre aún en aquellas parejas maduras que conversan sobre este tema e intentan superarlo. En este caso se hace necesario el consejo médico para el manejo de esta situación extrema pero poco frecuente.

Actividad sexual forma parte de estados post ictales. Durante episodios confusionales aparecen conductas eróticas o gestos obscenos que a menudo no dejan recuerdo posterior y que representan conductas inhabituales para el sujeto, causando extrañeza a su alrededor (7).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Trimble MR. (ed). *Women and Epilepsy*. New York. John Wiley and Sons. 1991.
2. Fenwick P, Toone B, Wheeler M, Nanjee M, Grant R, et al. Sexual behaviour in a centre for epilepsy. *Acta Neurol Scand* 1985; 71: 428-435.
3. Taylor DC. Developmental and behavior differences between males and females with special reference to epilepsy. En: Trimble MR (ed.) *Women and epilepsy*. New York. John Wiley and Sons. 1991. Cap. 5: 65-86.
4. Patsalos P. Anticonvulsant drugs, hormones and seizure threshold. En: Trimble MR. (ed.) *Women and Epilepsy*. New York. John Wiley and Sons. 1991. Cap. 8: 135-144.
5. Cabezas P, Duran R, Joannon MT, Olave P, Toro M. *Mujer, sexualidad y epilepsia*. Memoria para optar al título de psicólogo. Universidad La República. 1995.
6. Walinder J. Transvestism, definition and evidence in favor of occasional derivation from cerebral dysfunction. *International Journal of Neuropsychiatry* 1965; 1: 567-573.
7. Toone B. Sex, sexual seizures and the female with epilepsy. En: Trimble MR (ed.) *Women and epilepsy*. New York. John Wiley and Sons. 1991. Cap. 12: 201-206.