

Trabajos de Revisión

Comorbilidad psiquiátrica en Epilepsia

Perla David

Unidad de Neurología, Hospital Exequiel González Cortés

E mail: dradavid@ctcinternet.cl

ABSTRACT

The children with epilepsy present many behavioral and cognitive problems that the children with other chronic illnesses and that the general population. The factors of risk are multiple for the combination of variables as the illness, their neurological condition, the seizures type, the antiepileptic drug, the family and the boy's personal factors, their beginning age and their personal atmosphere.

The association with dysfunctions like the syndrome of atencional deficit and the depressive syndrome as symptoms is the most frequent and they can be subdiagnostic for under recognition. The dysfunc-tions for anxiety and the psychoses they are less frequent in children with epilepsies. It is important to consider the psychotherapy, the aspects psicofarmacologics and educational in these patients for these reasons.

The patient with epilepsy have increase of the risk of commitment of the academic yield and of associating behavior dysfunctions and these they seem to associate to all the chronic illnesses and to be increased by the commitment of the central nervous system SNC. Rutter in an epidemic study of behavioral problems in children found one incidence 28,6% in children with not complicated epileptic seizures and of 58,3% in children with epileptic seizures and commitment of the SNC. What shows the biggest commitment in epilepsy and that this commitment is bigger if anatomical commitment of the SNC exists.

RESUMEN

Los niños con epilepsia presentan muchos más problemas conductuales y cognitivos que los niños con otras enfermedades crónicas y que la población general. Los factores de riesgo son múltiples por la combinación de variables como la enfermedad en si, su condición neurológica, el tipo de crisis, los fármacos

antiepilépticos, la familia y factores personales del niño, de su edad de inicio y de su ambiente personal.

La asociación con trastornos como el síndrome de déficit atencional y el síndrome depresivo como síntomas son los más frecuentes y pueden ser subdiagnosticados por falta de reconocimiento por el médico. Los trastornos por ansiedad y las psicosis son menos frecuentes en niños con epilepsias. Es importante considerar la psicoterapia, los aspectos psicofarmacológicos y educacionales en estos pacientes por estas razones.

Los niños con epilepsia tienen aumento del riesgo de compromiso del rendimiento académico y de asociar trastornos de conducta y éstos parecen asociarse a todas las enfermedades crónicas y ser aumentados por el compromiso del sistema nervioso central SNC. Rutter en un estudio epidemiológico de problemas conductuales en niños encontró una incidencia del 28,6% en niños con crisis epilépticas no complicadas y de 58,3% en niños con crisis epilépticas y compromiso del SNC, lo que muestra el mayor compromiso en epilepsia y que este compromiso es mayor si existe compromiso anatómico del SNC.

INTRODUCCION

La Epilepsia es una de las condiciones neurológicas de mayor prevalencia en la población general. En los últimos 10 años ha habido un avance significativo en su estudio desde Ciencias Básicas con los Progresos en Biología, Genética Molecular, Neuro-fisiología, Imagenología y Psicofarmacología, pero sigue siendo su atención médica Arte y Ciencia. Ya que la concepción del hombre como una unidad bio-psico-social con una visión integral especialmente en las enfermedades neurológicas en donde la frontera mente-cuerpo se vuelve difusa es muy importante, especialmente con la epilepsia porque los pacientes tienen que interactuar con la familia y

la sociedad con un mayor o menor grado de estigmas culturales y sus componentes conductuales forman parte integral de la disfunción cerebral de su enfermedad y su tratamiento.

La epilepsia ha sido un modelo experimental para permitir entender las funciones cerebrales al correlacionar una determinada manifestación ictal con un foco epileptógeno localizado en un área cortical definida y este acercamiento ha incluido manifestaciones mentales.

EPIDEMIOLOGIA

Diferentes estudios epidemiológicos dan cuenta de un incremento en la psicopatología en las distintas etapas de la vida. En el grupo de niños con epilepsia si se evalúan poblaciones que asisten a clínicas neurológicas, se encuentran prevalencias de 'Problemas Conductuales' entre 36 y 56%, muy superior al de la población infantil sin epilepsia. Rutter en 1970 en la Isla de Wright encuentra una Prevalencia de 6.6% de desórdenes psiquiátricos en la población infantil general, en niños enfermos crónicos de enfermedades físicas 11.6% y en niños con epilepsia de 43.3% y dentro de este grupo trastornos psiquiátricos con diferencias si no están complicados, sin daño cerebral 28.6% y 58% para epilepsias asociadas a daño cerebral (1-5). En los niños con epilepsia se encuentran los mismos trastornos conductuales que en los niños sin epilepsia y el mismo perfil clínico familiar como: negligencia, disfunción familiar, etc.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON EPILEPSIA

Las descripciones hechas en niños los describen tensos, dependientes, socialmente aislados y con baja autoestima, lo que los diferencia de niños con otras enfermedades crónicas (6). Los varones tienen más frecuentemente trastornos conductuales y Síndrome de Déficit atencional (SDA). Por otra parte, es importante destacar que tanto la Epilepsia como el Síndrome de Déficit Atencional presentan alta prevalencia en la población general. Algunos estudios plantean que 20% de los niños con Epilepsia podrían presentar SDA, elevándose este trastorno a 30% por efecto de los Fármacos Antiepilepticos (FAE)(6).

En Cuanto a su respuesta con Metilfenidato, se describe satisfactoria en 70% de los pacientes tratados, cuya epilepsia tiene buen curso previo, semejante a la respuesta en los niños con sólo SDA. Se une en los pacientes con epilepsia la alteración eléctrica, su efecto cognitivo, que es mayor si se asocia a daño orgánico, si no hay buen control farmacológico, si el manejo médico, familiar, social y escolar no se lleva a cabalidad.

Los cambios demográficos, la efectividad y cobertura de los sistemas de salud, el deterioro del medio ambiente y las condiciones de la vida moderna, especialmente en grandes ciudades, hacen que las enfermedades mentales hayan llegado a ser, junto con los accidentes y las enfermedades crónicas, un gran problema de salud pública. Actualmente 25% de los chilenos presentan algún Trastorno Mental; el Fondo Nacional de Salud asigna el 1.4 % de los Fondos a Salud Mental y de éstos un 50% son destinados a 4 Hospitales Psiquiátricos, todo lo cual confirma la necesidad de un manejo integral, con un equipo multidisciplinario con educación familiar y comunitaria. Mantener una muy buena relación Médico-Paciente para lograr óptima adherencia al tratamiento e intentar mejoría de la Calidad de Vida del paciente con Epilepsia al considerar su comorbilidad es imperativo.

Se hace indispensable mejorar la Atención Primaria y las Prioridades de este Plan para lograr un tratamiento integral.

La mayoría de estudios relacionados con conducta en individuos con epilepsia han sido realizados en pacientes institucionalizados, crónicos, con epilepsia refractarias o en centros especializados que sesgan los datos epidemiológicos hacia los casos más severos, careciendo de información sobre lo que ocurre en la población general. En algunos pacientes concurren alteraciones conductuales y de personalidad, pero la mayoría de los pacientes que presentan epilepsia tienen una inteligencia, conducta y estructura de personalidad normal.

Es importante conocer en nuestro medio la Prevalencia de Trastornos Conductuales en las diferentes edades a nivel de atención primaria

COMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN EPILEPSIA

No existe una personalidad característica de los pacientes con epilepsia.

Sin embargo, Norman Geschwind describió un cambio de personalidad interictal en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, caracterizado por emocionalidad, tendencias maníacas, depresión, carencia del sentido del humor, sexualidad alterada, ira, hostilidad, agresión, religiosidad, interés filosófico reciente, sentido del destino personal aumentado, dependencia, pasividad, paranoia, moralismo, culpa, obsesión, circunstancialidad, viscosidad, e hipergrafía. Hay una gran variabilidad en la presentación y severidad de estos diferentes rasgos de personalidad entre los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal; además, no hay acuerdo sobre el número de rasgos que deba presentar un paciente para diagnosticar el Síndrome de Geschwind.

En aproximadamente la mitad de los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal hay hiposexualidad, incluyendo impotencia y disminución de la libido. La hipersexualidad interictal es rara, pero puede responder a medicación antiepiléptica. También han sido descritas conductas sexuales desviadas como exhibicionismo, travestismo, transexualismo y fetichismo.

El término “viscosidad” se refiere a un estilo interpersonal cohesivo que favorece contactos verbales prolongados hablando repetitiva y circunstancialmente. Esta viscosidad puede resultar por una combinación de alteración lingüística, lentitud mental, dependencia psicológica y tendencia a cohesión social. En algunos pacientes puede haber una necesidad emocional de buscar y mantener la compañía de otros contribuyendo a la viscosidad.

La hipergrafía se refiere a una escritura extensa y en algunos casos compulsiva, con preocupación por los detalles y las palabras son definidas y redefinidas, subrayadas o resaltadas. No está claro que el trastorno obsesivo compulsivo sea más prevalente entre los pacientes con epilepsia.

TRASTORNOS DEL ANIMO O AFECTIVOS

Los síntomas afectivos en los pacientes con epilepsia son más frecuentes que los trastornos psicóticos y más disfuncionales que los trastornos de personalidad. Los síntomas predominantes están asociados con el trastorno depresivo, ánimo deprimido, anergia, insomnio y dolores atípicos; es característico el inicio repentino y la duración breve de los síntomas, desde unas pocas horas hasta un par de días. Los miedos específicos, tales como agorafobia y ansiedad generalizada tienden a ocurrir en un patrón episódico similar al de los síntomas depresivos. El ánimo eufórico es particularmente breve y no está asociado con hiperactividad y, junto con la irritabilidad, son síntomas particularmente distintivos de los cambios afectivos en la epilepsia.

El patrón de los síntomas es pleomórfico de muy breve duración y para describirlo se ha utilizado el término de “trastorno disfórico interictal”. El trastorno disfórico interictal difiere agudamente de los trastornos afectivos primarios por la presentación intermitente de sus síntomas; y su duración breve que es medida en horas en lugar de semanas o meses como ocurre en los trastornos afectivos primarios.

Los pacientes con epilepsia tienen un riesgo hasta cinco veces mayor de suicidio o intento de suicidio que la población general, aunque esto no necesariamente significa que sea causado por un trastorno afectivo. La sobredosis con medicaciones antiepilépticas es un método frecuente de suicidio, especialmente con barbitúricos; es frecuente la recurrencia de intentos de suicidio. Algunos pacientes con epilepsia experimentan síntomas prodrómicos con una naturaleza más prolongada y distinguible de las auras o inicio parcial de las crisis; la mayoría de los síntomas prodrómicos duran entre 20 minutos y dos días y frecuentemente consisten en irritabilidad, cefalea, depresión, ansiedad o miedo.

Algunas crisis parciales se caracterizan por cambios afectivos; las crisis parciales afectivas más frecuentes son el miedo, ánimo deprimido y placer que varía desde satisfacción hasta la sensación de bienestar extremo; además se han descrito sensaciones de muerte, terror, ira y furia. A menudo, junto con la crisis parcial afectiva, simultáneamente se presentan crisis.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Es muy difícil para el médico definir que una personalidad es normal o enferma, en especial si se está evaluando a un paciente por primera vez; en general, el cambio en los patrones habituales de conducta del paciente es lo que indica que un proceso patológico ha ocurrido y tal proceso puede relacionarse con cambios funcionales o estructurales dentro del sistema nervioso central. Además de esta dificultad para diagnosticar un trastorno de personalidad, los cambios de la misma que pueden verse en enfermedades neurológicas no necesariamente satisfacen los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad descritos en los Manuales Diagnósticos Psiquiátricos. Los cambios de personalidad informados en los pacientes con epilepsia habitualmente son una combinación de una exacerbación de la personalidad premórbida y de alguna característica nueva y distinta causada por cambios patológicos, especialmente originados en los lóbulos frontal o temporal.

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

La característica esencial de los trastornos disociativos es definida como un estado de alteración de conciencia, memoria, identidad o percepción del medio ambiente, y el manual diagnóstico estadístico de enfermedades mentales -DSM IV- establece criterios diagnósticos específicos para cuatro trastornos disociativos: amnesia disociativa (amnesia psicógena), fuga disociativa, trastorno de identidad disociativo (trastorno de personalidad múltiple) y trastorno de despersonalización.

Los fenómenos disociativos ictales incluyen despersonalización, desrealización (sensación de que el mundo no es real), autoscopia (ver el doble de uno mismo o experiencias fuera del cuerpo de uno mismo) o raramente alteraciones de la personalidad (personalidad doble o múltiple). El período prolongado de confusión en el cual el paciente puede viajar y no tener memoria de los eventos durante este período; probablemente corresponda a estado postictal aunque ha sido pobremente caracterizado.

PSICOSIS EN EPILEPSIA

Hay evidencia, muy limitada, originada en estudios poblacionales que muestra un ligero exceso de psicosis en personas con epilepsia; sin embargo, series de casos clínicos estudiadas en centros especializados han detectado que la psicosis es un problema que puede ser significativo en pacientes con epilepsia. El diagnóstico de psicosis y epilepsia debe establecerse por separado; pero además, debe determinarse la relación entre el inicio de la psicosis y la actividad epiléptica, terapia antiepiléptica y los cambios electroencefalográficos.

Un status parcial complejo puede originar sintomatología diagnosticada como psicosis, con una duración de horas a días, en la cual la conciencia se encuentra alterada en forma variable y puede acompañarse de alteraciones de conducta que varían desde estados confusionales hasta conducta agitada bizarra o psicótica. En un status parcial simple pueden ocurrir alucinaciones complejas, trastornos del pensamiento o cambios afectivos con una conciencia preservada, que pueden confundirse con un episodio psicótico.

Muchos episodios psicóticos postictales son precipitados por un status epiléptico tónico clónico generalizado o crisis seriadas y es menos frecuente que ocurran después de una crisis tónico clónica o crisis focal compleja aislada. En muchos pacientes hay intervalo lúcido de uno a seis días entre la crisis y el inicio de la psicosis lo cual puede conducir a un mal diagnóstico. La psicopatología de la psicosis postictal es polimórfica, pero muchos pacientes presentan alteraciones del ánimo y síntomas paranoídeos, algunos pacientes están confusos durante el episodio, otros presentan fluctuaciones en el nivel de conciencia y la orientación, y en otros no hay confusión. El electroencefalograma durante la psicosis postictal usualmente es anormal con incremento de la actividad epileptiforme y de ondas lentas. Usualmente los síntomas se resuelven espontáneamente, pero en algunos casos se desarrolla una psicosis crónica.

La psicosis interictal ocurre entre las crisis y no está directamente relacionada con las crisis epilépticas.

Es menos frecuente que la psicosis postictal, pero es mayor severidad y duración. Las manifestaciones clínicas de la psicosis interictal epiléptica difiere muy poco de la esquizofrenia, ya que aunque es un proceso crónico, los síntomas tienden a remitir y el deterioro de la personalidad es raro en la psicosis interictal.

La literatura sobre factores de riesgo de psicosis interictal es controvertida, pero frecuentemente se ha descrito al sexo femenino; epilepsia del lóbulo temporal; crisis focales originadas en áreas temporales mesiales o límbicas, tales como el miedo ictal, auras epigástricas o dismnésicas, amnesia ictal o crisis focales complejas; y la severidad de la epilepsia, indicada por la duración de epilepsia activa, múltiples crisis, historia de status epilepticus y mala respuesta al tratamiento. La edad de inicio de la psicosis es de 11 a 14 años. Se ha encontrado con mayor frecuencia una disfunción o patología del lóbulo temporal izquierdo comparado con el derecho o bilateral. En un estudio reciente se identificó la historia familiar de psicosis como el factor de riesgo con mayor fuerza de asociación, además de la edad más temprana del inicio de la epilepsia, la presencia de crisis focales complejas o tónico clónicas generalizadas y una inteligencia limítrofe.

EVOLUCION: FACTORES DE RIESGO

La **Disfunción Neurológica** es el factor de riesgo más distintivo. El compromiso del Sistema Nervioso Central (SNC) cursa con mayores problemas conductuales. Cada niño que tuvo una crisis reciente es más probable que tenga compromiso conductual y cognitivo. En epilepsias recientes con menos de 3 meses y crisis recurrentes. Herman et al demostraron en niños de 6 a 11 años que mientras más recientes y repetidas eran las crisis mayor era el compromiso del rendimiento escolar.

La **Asociación a Crisis Severas y/o Retardo Mental:** Aumenta los problemas cognitivo-conductuales como la **agresividad**.

La **Edad:** Mayor riesgo a menor edad de inicio, mayor duración de la enfermedad, mayor severidad de las crisis en duración y/o frecuencia. Sin embargo las crisis parciales complejas a menor edad son menos asociadas a problemas emocionales que en adolescentes y adultos.

Los **FAE:** Han sido difíciles de evaluar por imposibilidad de separar los factores asociados. El Fenobarbital (FBB) puede causar problemas cognitivos y conductuales. Así Breen ha descrito depresión severa e ideación suicida con FBB. Farwel encontró un descenso del CI mayor en pacientes tratados por crisis febriles con FBB, que en los tratados sin FBB.

Las **Descargas Epileptiformes Interictales.** El concepto de que los cambios en las funciones corticales superiores pueden ser secundarias a descargas epilépticas no acompañadas, de crisis fue propuesto hace más de 50 años por Schwart. Marston et al demostraron que la reducción de las descargas eléctricas con Acido Valproico (AV) mejoraba el CI. Es difícil evaluar la terapia, pero la politerapia siempre aumenta los problemas cognitivos y conductuales. El compromiso cognitivo transitorio incluye memoria, percepción, atención, organización, planificación, resolución de problemas abstractos, apreciación del humor y percepción de motivaciones inconscientes en otras personas (Teoría de la Mente). Porque las habilidades cerebrales para procesar la información y el lenguaje es una parte de un sistema integrado, pero, independiente, esencial para la comunicación verbal y social.

Los **Trastornos del Lenguaje y Espectro Autista:** Son considerados como parte de los trastornos epileptiformes con síntomas cognitivos y conductuales, llegando ocasionalmente la agresividad a ser lo más difícil de controlar.

La **Actitud hacia la Epilepsia:** Es un factor importante. La mitad de los niños expresa la necesidad de apoyo después de una crisis en público y hasta 6 meses después interfiere en su adaptación social y 13% de los niños no efectúa actividades recreativas por temor a tener crisis (5, 7).

La **Familia:** Las madres requieren y solicitan apoyo psicológico en 50% y los padres en 10% de los casos, especialmente después del diagnóstico.

COMENTARIO

El médico, al entender los problemas de comorbilidad que presentan los pacientes con epilepsia, está en condiciones de mejorar la atención de ellos mejorando la relación médico paciente y orientando el diagnóstico y tratamiento de los trastornos asociados, especialmente los psiquiátricos, que pueden presentarse optimizando el uso de fármacos antiepilépticos (FAE), psicoestimulantes (DPE), antidepresivos (AD) y/o antipsicóticos (AP) que tenemos a nuestro alcance en Chile.

La práctica clínica muestra que algunos pacientes cursan con efectos tóxicos en el SNC que es necesario tener presentes. El reconocimiento de estas asociaciones mórbidas con la epilepsia puede promover el Manejo Integral con apoyo Multidisciplinario, dentro del Plan Nacional (1-15).

REFERENCIAS

1. Actualización en Psiquiatría: últimos avances clínicos y Psicológicos. Boletín XII Jornadas Universidad de Valparaíso.
2. Engelberts N HJ, Klein M, Kasteleijn-Nols T, Heimans JJ, Henk M, Ploeg van der. The effectiveness of psychological interventions for patients with relatively well-controlled epilepsy *Epilepsy & Behavior* 2002,-3;420-426
3. Imágenes en Salud Mental II. Sociedad Chilena de Salud Mental 2001. Redes Sociales y Salud Mental. Rafael Sepúlveda 9-14; Problemas Psicosociales de la niñez Hernán Montenegro; 57-62; Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría para Chile 63-71; La personalidad, sus trastornos y estructuras limítrofes. Raúl Riquelme 93-109; Discapacidad y comunicación social Sergio Prenafeta 141-7.
4. Calidad de vida en niños con epilepsia comparado con niños sanos. Valeria Rojas, Lucila Andrade, Fernando Novoa, Rodrigo Rivera. *Revista Chilena de Epilepsia* 2000 (1), 1: 14-7
5. Epilepsia y Aprendizaje. Maritza Carvajal, Lilian Cuadra *Revista Chilena de Epilepsia* 2000 (1), 1:43-44.
6. Epilepsia y desórdenes conductuales en la niñez. Juan Salinas *Revista Chilena de Epilepsia* 2001 (1), 43-.
7. Fernando Novoa, Jorge Förster. Calidad de Vida Manejo integral del Paciente con Epilepsia. *Revista Chilena de Epilepsia* 2001;2 (1)14-17.
8. Perla David. Epilepsia: Uso de fármacos Psicotrópicos. *Revista Chilena de Epilepsia* 2002; 3 (1): 43.
9. Alejandra Carrillo, Vanesa Jiménez, Margarita Loubat, Ramón Castillo, Francisco Marín, Maritza Carvajal, Juan Salinas, Lilian Cuadra. Estudio descriptivo-comparativo de la Calidad de Vida de Niños entre 6 y 10 años, con Epilepsia Refractaria y No Refractaria. *Revista Chilena de Epilepsia* 2002; 3 (1): 4-10.
10. Fernando Ivanovic-Zuvic *Epilepsia y Adolescencia* *Revista Chilena de Epilepsia* 2004.
11. Fernando Ivanovic-Zuvic, Editor Editorial Soc Neurol-Psiq. y Neurocirugía. *Psicosis Epiléptica*
12. Plan Nacional para la Epilepsia Ministerio de Salud Chile, Canada Medicina Basada en Evidencias.
13. Perla David, Carmen Quijada. Epilepsia Infantil: Aspectos Neuropsicológicos y psiquiátricos. *Revista Andares* 2000; 18:18-20.
14. Austin Joan DNS Impact of Epilepsy in Children 1: Suppl 9-11.
15. Manuel G. Campos, Andrés M. Kanner. *Epilepsias Diagnóstico y Tratamiento*. Editores 2003.