

Caso Clínico

Epilepsia y Enfermedad Psiquiátrica

Dra. Inés Gabriela Lackington Fuentes

Neuróloga, Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile

E-mail: ineslackington@entelchile.net

RESUMEN

Desde las primeras descripciones de la Epilepsia del Lóbulo Temporal (E.L.T.) por Henri Gastaut, *han sido reconocidas las crisis de tipo afectivo*, cuya sintomatología semeja enteramente enfermedades de tipo psiquiátrico, en especial, la Enfermedad del Animo (antiguamente denominada Enfermedad Bipolar en el D.S.M. IV). *La Epilepsia del Lóbulo Temporal, (E.L.T. es frecuentemente subdiagnosti-cada y por ende, no tratada como una entidad comicial.* En el presente trabajo, se presenta 1 caso clínico de E.L.T. diagnosticado primeramente como Enfermedad del Animo, encontrando evidencias clínicas y electroencefalográficas de Epilepsia del Lóbulo Temporal. El tratamiento se llevó a cabo con Clobazam, llevando a la paciente a una mejoría y estabilización clínica y electroencefalográfica.

CASO CLINICO

Mujer, 41 años, separada, 3 hijos, diestra, profesional. Consulta en Julio de 1998 por Síndrome Jaquecoso. Tiene antecedente de contusión facial, sin pérdida de conciencia, a los 15 años de edad, sin secuelas aparentes. El año anterior, 1997, se le diagnostica Enfermedad del Animo, por episodios depresivos alternados con ocasionales episodios de euforia por psiquiatra especializado y experimentado en el tema. Desde entonces ha estado en tratamiento con Anafranil 75 mg. / día y Clonazepam 1 mg./noche. Sin embargo, dada la intensidad de los efectos colaterales, especialmente una marcada somnolencia y disminución de la libido, la paciente ha ido retirando paulatinamente ambos medicamentos, estando sin medicación desde 6 semanas antes de la consulta. En el examen neurológico no se detectan anomalías de pares craneanos, motilidad, sensibilidad, como tampoco alteración de las funciones cerebrales superiores; sin embargo, presenta reflejos deltoideos y pectorales presentes a derecha. Se solicita una Radiografía Dinámica Cervical, que muestra retrolistesis de C4-C5 a derecha. Se efectúa el tratamiento sintomático y preventivo del cuadro

jaquecoso con Atenolol 12.5 mg. cada 12 horas y derivados ergotamínicos o analgésicos para las crisis, mejorando sin recaídas de la migraña y se le indica un collar blando cervical por 6 semanas (por probable esguince cervical post-contusión facial). Presenta en su evolución depresiones de instalación abrupta e inmotivadas. Dado el antecedente de la Contusión Facial en la adolescencia, se solicita un EEG Standard (estando asintomática de su migraña), el cual muestra un foco lento (delta-theta) bitemporal, mayor a izquierda. La Tomografía Axial Computarizada, como también la Resonancia Magnética Nuclear de Cerebro son enteramente normales.

Ya que era conocida la marcada somnolencia por Clonazepam, se inicia tratamiento de prueba con Clobazam 10 mg por 3 veces al día.

Un 20 EEG con privación de sueño, muestra hipersincronías temporales derechas, con ocasional propagación a izquierda. En el control neurológico de Septiembre de 1998, la paciente está objetiva y subjetivamente de buen ánimo, con ligeras depresiones pre-menstruales. El EEG Standard sólo muestra discreta asimetría de ritmos a derecha (está tomando Clobazam 10 mg./mañana y 15 mg. /noche. Presenta nuevo cuadro depresivo en Enero de 1999, en relación a privación de sueño por las festividades de fin de año. Se le indica mejorar higiene del sueño, manteniendo Clobazam a dosis de 5 mg. en la mañana y 10 mg. en la noche. Desde esa fecha, la paciente ha ido disminuyendo la dosis de Clobazam a 5 mg. cada 12 horas, sin presentar cuadros depresivos o eufóricos a la fecha. Actualmente, la paciente está asintomática, con 5 mg. de Clobazam en la noche. Los EEG de control con y sin privación de sueño tomados desde Marzo de 1999 se han mantenido normales.

COMENTARIO

El caso clínico presentado tiene la finalidad de que,

en ocasiones, es útil solicitar un estudio electroencefalográfico, como una evaluación neurológica, previa al diagnóstico de Enfermedad del Animo, ya que la sintomatología de la E.L.T., puede confundirse con una Enfermedad Bipolar, teniendo esta última otro tratamiento y pronóstico a largo plazo, como asimismo un componente hereditario no desdeñable.

En el caso descrito, el diagnóstico de Epilepsia del Lóbulo Temporal, aparece dentro del contexto de una aparente Enfermedad del Animo. Desde las exhaustivas descripciones de H. Gastaut de las crisis epilépticas, se sabe que en la E.L.T. pueden aparecer manifestaciones afectivas ictales, cuya mayor frecuencia la constituyen crisis de temor o angustia extremas, inmotivadas y de corta duración. Sin embargo, también están descritas crisis de placer o bienestar irresistible (sin motivo), como asimismo depresiones súbitas. Estos últimos 2 tipos pueden confundirse, o, sobreinstalarse sobre una Enfermedad del Animo (antes denominada Enfermedad Bipolar). En ocasiones, puede hacerse un correlato de la sintomatología afectiva y el lóbulo temporal afectado: Está descrito que los pacientes con focos epileptógenos derechos son propensos a la euforia y los focos izquierdos dan síntomas depresivos. En el caso descrito aparecen fluctuaciones o crisis de euforia y depresión, lo que se correlaciona con focos lentos bi-temporales, mayores a derecha. El tratamiento con Clobazam eliminó ambos focos, más rápidamente el izquierdo, lo que se debiera correlacionar más probablemente a la secuela post-traumática (menor al lado izquierdo).

Ya en 1977, I. Sherwin y posteriormente Mives en 1980, describieron la asociación de Desorden Maníaco-Depresivo a la Epilepsia del Lóbulo Temporal. Mundialmente, se estima que los hospitalizados psiquiátricos tienen 8 veces más pacientes con Epilepsia que lo esperado para trastornos mentales asociados a enfermedad cerebral. Los desórdenes psiquiátricos se presentan en un 28.6% de las epilepsias no complicadas, y en un 58.3% de aquellas complicadas. Debe contemplarse el concepto de que las descargas epilépticas o crisis frecuentes pueden alterar el estado de conciencia y/o producir manifestaciones de enfermedad psiquiátrica.

Las bases para el diagnóstico de la Epilepsia del Lóbulo Temporal con manifestaciones afectivas es lo *súbito, corto e inmotivado de las crisis*, su correlato electroencefalográfico y su respuesta terapéutica a fármacos del tipo Benzodiazepinas, el Clobazam o a

Carbamazepina. De hecho, actualmente, es poco frecuente el uso de derivados Benzodiazepínicos en el tratamiento de la E.L.T., sin embargo, como se muestra en este caso, hubo muy buena respuesta a Clobazam, sin que se desarrollara tolerancia, y con efecto terapéutico muy precoz. El foco epileptogénico de origen de estas descargas se encuentra en la porción anteroinferior del lóbulo temporal. Es por esto, que muchos *EEG son aparentemente "normales"*, encontrándose alteraciones del mismo al usar electrodos profundos o cuando la descarga es lo suficientemente intensa como para propagarse a la superficie del lóbulo temporal.

La asociación de E.L.T. y Enfermedad del Animo no es infrecuente. Terapéuticamente existen evidencias de ello: El fármaco primeramente usado en la Enfermedad del Animo es el Litio, el cual reemplaza al Sodio en sus canales voltaje-dependientes, impidiendo descargas reiteradas o anómalas, que produzcan una descarga epiléptica.

Se está empleando cada vez con mayor frecuencia el Acido Valproico y la Lamotrigina, ambos primeramente fármacos anticonvulsivantes. La Lamotrigina actúa en forma similar al Litio (aún cuando éste no posee efecto anticonvulsivo), impidiendo la depolarización neuronal anómala, vía bloqueo de los canales de Sodio. El Acido Valproico, en cambio, estimula la liberación de Gaba, inhibiendo descargas neuronales excitatorias reiteradas.

Por otra parte, es probable que alteraciones en los circuitos moduladores de la afectividad normal, en la región hipocámpal, produzcan un efecto tipo Kindling, llevando a estos circuitos a sobre-excitabilidad, produciendo así descargas epilépticas en el lóbulo temporal y, a veces, con propagación al lóbulo frontal del mismo lado. *Se requieren estudios paralelos de modificación de descargas temporales, cambios anímicos y medición de probables neurotransmisores involucrados.* (Se le atribuye a la Serotonina un efecto tanto antidepressivo como antiepiléptico, éste último no aclarado, ni demostrado fehacientemente; y a las Catecolaminas un efecto antidepressivo, pero claramente epileptogénico).

Finalmente, cabe preguntarse si la (E.L.T.) y la Enfermedad del Animo constituyen una sola entidad; la cual se manifiesta con sintomatología psiquiátrica, neurológica o ambas, como en el caso mencionado.

BIBLIOGRAFIA

1. Betts: Epilepsy: Proceedings of the Hansburger Centenary Symposium, 1974.
2. Liddel: Journal of Medical Science, 1959; 99, 732-48.
3. Rutter M., Graham P. & Yale W. Clinics in Developmental Medicine, 1970, 35-36.
4. Bear, Levin & Bloomer: Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 1982; 45, 481-8, 454-67.
5. Gastaut H. : Epilepsia, 1976; 17, 325-35.
6. Gudmunssen: Acta Neurológica Scandinávica, 1966; 23, 100-14.
7. Rodin, Katz & Lennox: Epilepsia, 1976; 17, 313-20.
8. Trimble & Perez: Advances in Biol. & Psychiatry, 1980; 8, 98-105.
9. Sherwin & Mac Lean: Hospital Journal, Special Issue, 1977, 40.
10. Engel J.: Annals of Neurology, 1982; 12, 529-37.
11. Henry T.R.: Epilepsy Surgery, Raven Press, New York, 1992; 243-50.
12. Connelly, A.: Radiology, 1993; 188, 125-30.
13. Shorvon, S. D.: Magnetic Resonance Scanning & Epilepsy, Plenum Press, 1994, New York.
14. DSM -IV: 1995, 20 Edición.
15. Shorvon's. & Cascino G.: Epilepsy, 1995; 20 Edición, 453-490.
16. Hahn, K., Reist C. & Albers, L.: Psychiatry, 1999/2000.
17. Goodwin F. & Jamison K.: Maniac Depressive Illness, 1990, Oxford Univ. Press, U.S.A.
18. David P, Quijada C., Epilepsia: Aspectos psiquiátricos, Rev Chil Epilpsia, 2000 (1,1), 4-14.

Agradecimientos:

A la Dra. Nelly Chiófalo, Neurofisióloga Clínica, Neuróloga, por sus excelentes técnicas de electrodiagnóstico y sus acuciosos informes.

A la Dra. Andrea Molina, Psiquiatra, por su apoyo bibliográfico.