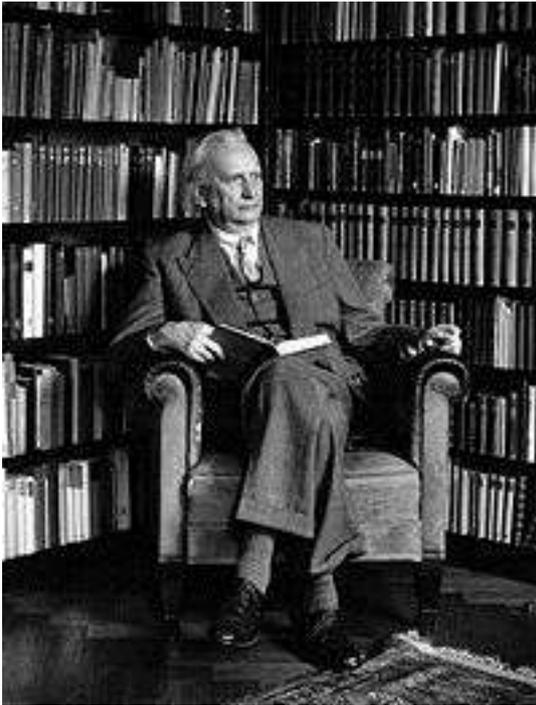


EPILEPSIA Y PSICOSIS

¿Son las psicosis epilépticas, psicosis de base somática?

Desde Jaspers, pasando por K. Schneider hasta los psiquiatras actuales, se incluyen las epilepsias como parte integrante del círculo de las grandes psicosis: las afectivas, las esquizofrenias y las epilepsias.

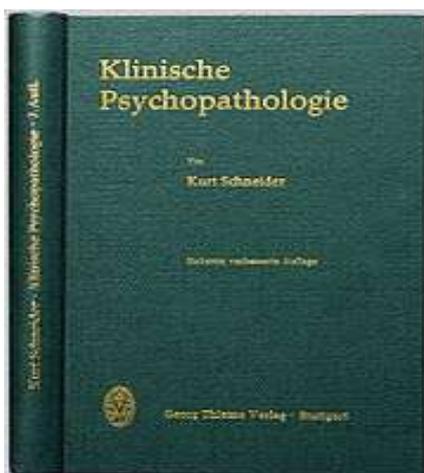


Abordamos las psicosis epilépticas como incluidas entre las llamadas “psicosis de base somática” (K. Schneider), vale decir generadas por substratos neurofisiológicos y neuroanatómicos primaria o secundariamente cerebrales. Por lo tanto nuestro enfoque no puede ser exclusivamente psicopatológico, pues necesariamente debemos intentar una aproximación, una correlación somatopsicopatológica, como lo haríamos en cualquier etiología

somática de un psicósíndrome orgánico cerebral que lleva a una psicosis.

En este sentido, todos los psicósíndromes epilépticos, ya idiopáticos, ya

sintomáticos, son absolutamente los mismos que observamos en todos los cuadros psicóticos clasificados por K. Schneider como “psicosis de base somática”.



Aclarando nuestra nomenclatura nosológica citamos las diferentes sinonimias utilizadas: psicosis somatógenas, psicosis orgánicas, psicosis sintomáticas, psicosis exógenas, tipos de reacción exógena, síndrome psico-orgánico.

Por otro lado, en las psicosis epilépticas se enfrentan dos conceptos:

- a) El de “psicosíndrome orgánico agudo”
- b) El de “psicosíndrome orgánico crónico”.

¿Desde cuándo se habla de las psicosis epilépticas?

El tema de las psicosis asociadas a las epilepsia también tiene como antecedentes los escritos en “rocas” realizados por los Asirios XX siglos antes



de nuestra era (1). La incidencia de psicosis en los pacientes con epilepsia institucionalizadas hizo que este tema fuera motivo de referencia de los psiquiatras desde el siglo XIX, principalmente en pacientes con formas complicadas de epilepsia y larga tiempo de recurrencia de crisis.

En la historia de la epilepsia mucha relación tienen desde el siglo XVIII y XIX los cuadros de psicosis asociados a la epilepsia, los cuales dieron una falsa concepción ya vista en el capítulo de “Cognición y epilepsia” y en el de los “Estigmas” de esta enfermedad.

.

¿Qué son las psicosis?

Como vamos a mencionar el vocablo psicosis en repetidas ocasiones, convendrá aclarar su significado. "Psicosis es un término general que designa las afecciones mentales más graves, sobre todo las caracterizadas por una alteración global de la personalidad a causa del proceso patológico. Generalmente se utiliza con un adjetivo que indica la naturaleza, la etiología o un carácter dominante de la afección, por ejemplo: psicosis infecciosa, tóxica, orgánica, senil". Esto es refiriéndose a las psicosis que conocemos como exógenas y en las cuales hay casi siempre un compromiso de la conciencia en su aspecto cuantitativo, signo importante que nos sirve mucho para distinguirlas de las endógenas, en las cuales casi siempre está conservada aquella.

¿Este es un tema muy divulgado entre clínico y neurólogos?

Es en el siglo XX cuando se comienza a tratar este tema, en 1963 cuando Slater y Beard(2). hicieron una revisión concienzuda de las. facetas psicóticas que presentan muchos epilépticos. Estas psicosis, según los autores

mencionados, tienden a la cronicidad y están caracterizados particularmente por episodios contusionales recurrentes y una delusión de tipo paranoide.

Beard, haciendo una correlación clínico-electroencefalográfica, encontró que de 69 pacientes examinados, 80% tenían evidencia de lo que él llama "Epilepsia de lóbulo temporal". Slater ha denominado a estos episodios- "esquizofrenia sintomática". Con esto, desde luego, se estaría admitiendo ya una causa orgánica en aquellas psicosis que hasta hoy han sido consideradas como endógenas. Landolt(3) llamó la atención sobre un paciente que durante un registro electroencefalográfico presentó una crisis psicótica. El EEG inicial presentaba series bilaterales sincrónicas de 1-21/2 c/s "Spike and Waves". El paciente se mantenía amigable, relajado y contento. Otro día, cuando se quiso hacer un control, el paciente vino al Departamento de EEG estremeciéndose de cólera. Para sorpresa del examinador, el E.E.G.,

mostraba, salvo muy raras ondas teta, un registro normal. Luego el mismo autor observó un epiléptico que presentó un trazado muy patológico después de una encefalitis por vacuna. El trazado mejoró con terapia anticonvulsiva, pero el estado de ánimo del paciente se volvió irritable, de un individuo jovial que era antes de la medicación anticonvulsiva, se volvió tenso, malhumorado, abúlico y muy desconfiado.

Pese a que desde estos reportes han pasado varias décadas, muchos clínicos y neurólogos evaden tratar el tema debido a que hay conceptos no esclarecidos en su totalidad y los que provocan con frecuencia discusión. A esto se añade que los estudios epidemiológicos de psicosis asociada a epilepsia no son claros por las características del sesgo de la población estudiada y no se sabe cual es la verdadera prevalencia de esta enfermedad. Además como esta asociación se produce principalmente en formas complicadas de epilepsia, con factores de riesgo determinados y en medios donde no se lleva un tratamiento y control de la enfermedad adecuado. Hay que tener presente que en estos países no se cuenta con recursos para el estudio de esta asociación.

A continuación se desarrollará de forma breve como se clasifican las psicosis que se asocian a la epilepsia, los estudios de prevalencia más importantes, los principales factores de riesgo y como actuar ante esta asociación.

¿Cómo clasificar las psicosis asociadas a la epilepsia?

Tenemos varias formas de clasificar los cuadros psicóticos asociados a las epilepsias, al igual que para la depresión, la psicosis se debe de clasificar según el momento en que aparezca en relación con la crisis de epilepsia, en dos grandes grupos:

- A) Las ictales (relacionadas con crisis, de epilepsia, como manifestación de la crisis o después del episodio ictal). Estas incluyen el síndrome orgánico agudo.
- B) Las interictales (no relacionadas con las crisis). Estas forman parte del síndrome orgánico crónico

¿Cómo se describen las psicosis ictales y las interictales?

En la actualidad y según diferentes autores se han descrito varios tipos de psicosis asociadas con las epilepsias, siempre partiendo de los dos grandes grupos de psicosis epilépticas (ictales y interictales) las que podemos resumir en los siguientes grupos

- a) **Psicosis ictales:** Presentan cierta alteración de la conciencia acompañadas un fenómeno motor que suele ser un automatismo oral o mioclónico, su duración es de horas, pocas veces es de días, el EEG muestra descargas focales o el conocido Status eléctrico que se conoce como "status epiléptico no convulsivo (4). Hay un conjunto de datos clínicos que han sido señalados como predictores de un cuadro de psicosis ictal (5)
 - Demora en el tiempo de aparición de las crisis y de la psicosis
 - Relativamente poco tiempo de duración de las psicosis
 - Abundante sintomatología psicótica
 - Síntomas en racimo de alucinaciones y psicosis afectiva
 - Incremento de la frecuencia de crisis tónico clónicas generalizadas secundarias al inicio y precediendo al cuadro psicótico
 - El cuadro psicótico post ictal se presenta después de 10 años (promedio) de duración de las crisis

- Pronta respuesta a bajas dosis de anti psicóticos y benzodiacepinas

b) **Psicosis postictales:** Existe también una psicosis post-ictal (relacionada con la crisis) que se trata de un cuadro psicótico con polimorfismo clínico que aparece después de una o varias crisis. Las crisis previas son preferentemente generalizadas con intervalo de lucidez de 1 a 2 días, El cuadro clínico dura días y su mejoría es de forma espontánea o con tratamiento antiepiléptico su pronóstico es favorable (4, 6)

e) **Psicosis interictales:** En este grupo se incluyen los cuadros descritos por Slater y col(2).

Este tipo de psicosis ocurre entre las crisis de epilepsia. Se incluyen en este grupo verdaderos cuadros psicóticos esquizofrénicos o paranoides durante el período interictal, estas psicosis por su similitud con las esquizofrenias son denominadas “schizophrenia-like”, tal es su similitud que de existir ausencia de epilepsia se podrían diagnosticar como esquizofrenias, mientras que entre sus diferencias con las psicosis esquizofrénicas están la mayor perseveración del afecto, alta frecuencia de delirios (menos organizados) y experiencias místicas religiosas(2, 7), estas psicosis evolucionan con más deterioro psíquico que las esquizofrenias(8). Estas psicosis por su similitud con las esquizofrenias producen una discusión y son consideradas como cuadros independientes asociados en un mismo enfermo. Se presentan en un 10 – 30% de los pacientes con psicosis – epiléptica (2).

d) **Psicosis alternativas:** Desde que Von Meduna introdujo la terapia Electroconvulsiva para el tratamiento de la Esquizofrenia se conocen estos fenómenos alternantes la epilepsia y la psicosis. En este fenómeno de normalización forzada, existe una fase prodrómica de insomnio, ansiedad, retraimiento social, alucinaciones y delirios. Este fenómeno de normalización forzada del EEG que fue descrita por Landolt el que basó su observación en el EEG visto durante estos episodios y del cual hicimos referencia con anterioridad (3). Este autor hizo su primera descripción y

aunque el EEG no necesariamente se normaliza en todos los pacientes, la denominó “fenómeno de normalización forzada”, el que después recibe el nombre de “psicosis alternativas” .

El estudio de la “normalización forzada” ha sido muy amplio y su expresión clínica no tiene que ser únicamente la psicosis, sino que puede verse depresión, manía, ansiedad, pseudocrisis, en niños o pacientes con retraso mental puede haber agitación o agresividad.

La “normalización forzada” o su contrapartida clínica puede ser provocada por el control de las crisis de epilepsia luego de usar antiepilépticos que sean eficaces.

¿Cómo incluir en las clasificaciones de psiquiatría las psicosis epiléptica?

Las clasificaciones internacionales como el DSM IV y el CIE 10(9, 10) consideran que en los enfermos con epilepsia pueden aparecer los siguientes cuadros psiquiátricos:

DELIRIUM. Breves alteraciones de la conciencia.

PSICOSIS BREVES. Duran menos de un mes.

PSICOSIS ATÍPICAS. Cuadro clínico psicótico no específico, se observa en retrasados mentales, post-encefalitis, secuelas del puerperio y epilepsia.

PSICOSIS ESQUIZOFRENIFORMES. Más de un mes de evolución.

PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICAS. Coexisten la epilepsia y la psicosis con más de 6 meses de evolución.

En estas clasificaciones podemos incluir todas las psicosis anteriormente descritas.

¿Cuál es la prevalencia de las psicosis asociadas a epilepsia?

Son muy pocos los estudios poblacionales que sean confiables que hablen de la prevalencia de psicosis y epilepsia (tratan de las psicosis interictales):

- Krohn en Noruega (1961)(11) observó que un 2% de pacientes con epilepsia tenía psicosis.
- Zielinski en Varsovia (1974)(12) comprobó cifras similares a Krohn entre 2 – 3% de psicosis en pacientes con epilepsia.

- Gudmundson en Iceland (1966)(13) encontró una prevalencia de un 6% en hombre y 9 % en mujeres.

Muchos de estos estudios reportados en la literatura tienen poco valor por los sesgos importantes debido a mecanismo de selección de las muestras. Sin embargo todos los estudios coinciden que los pacientes con psicosis asociadas a la epilepsia se encontrarán dentro de instituciones especializadas en epilepsia, lo que le da valor a los factores de riesgo que presenta el enfermo con epilepsia para desarrollar psicosis.

¿Cuáles son los principales factores de riesgo que puede estar presente en la asociación psicosis- epilepsia?.

FACTORES MULTIETIOLÓGICOS. (14-16)

FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS

Edad

Sexo

Grupo étnicos

Cultura

NEUROBIOLÓGICOS

Edad de inicio de las crisis

Tipos de ataques.

Duración de las crisis

Características del EEG.

Presencia de daño cerebral.

Alteración de las funciones neuropsicológicas.

Eficiencia de metabolismo cerebral.

Alteración de los neurotransmisores.

FACTORES PSICOSOCIALES

Control del foco de epilepsia.

Adaptación a la enfermedad.

Temor a las crisis.

Sobreprotección familiar

Adaptación al sistema financiero.

Problemas financieros.

Adaptación al sistema de vida.

Soporte social.

FACTORES MEDICAMENTOSOS.

Monoterapia v/s politerapia.

Déficit de folatos.

Alteraciones de las monoaminas.

Presencia de tratamiento con barbitúricos.

Efecto hormonal.

Alteraciones del metabolismo cerebral.

En las psicosis asociadas a las epilepsia los factores neurobiológicos o biológicos tienen más peso que los psicosociales y medicamentosos.

Principales factores neurobiológicos y medicamentosos que actúan sobre las psicosis epilépticas:

- En pacientes con psicosis y epilepsia (psicosis interictal) se ha visto que la edad de inicio de la epilepsia predomina entre 10 y 14 años donde hay más “vulnerabilidad emocional” (adolescencia) e “inestabilidad endocrina” provocado principalmente por niveles altos de prolactina.
- Las epilepsia focales del lóbulo temporal son más propensas a tener psicosis episódicas o ictales y a largo plazo psicosis interictales, algunos autores consideran que zonas del sistema límbico son las que producen estos cuadros halucinatorios delirantes (17-19). También consideran que a estas lesiones en el sistema límbico se debe de añadir una evolución de 10 años(17)
- Las lesiones displásicas (hamartomas, gangliomas, etc) en regiones mesiales (lóbulo temporal) presentan psicosis interictales con más frecuencia. También son más frecuentes las psicosis interictales en epilepsia secundarias a enfermedades como esclerosis tuberosa o Sturge Weber(7, 20)
- Algunos consideran que las lesiones extratemporales (principalmente las frontales) están más asociados a las psicosis que las lesiones temporales(21).

- Según algunos autores aquellos pacientes cuya zona epileptogénica es en el hemisferio izquierdo son propensos a cuadros de tipo esquizofrénicos, mientras que en el lado derecho lo son a cuadros de tipo bipolar(22). Esta hipótesis no está demostrada.
- En el caso específico de las psicosis esquizofreniforme se habla de un posible equilibrio “dopaminérgico” que pudiera ser alterado por algunos medicamentos. Son agonistas de la dopamina y producen tendencia a las psicosis la L dopa, el piribedil, la apomorfina y la nominfesina. Son antagonistas de la dopamina y producen tendencia a las crisis de epilepsia la fenotiazina, el haloperidol y el pimozine(7, 20).
- El tema de la acción de los neurotransmisores ha tenido su punto más evidente al desarrollarse medicamentos que para el control de las crisis de epilepsia inhiben el neurotransmisor GABA (el GABA inhibe la descarga neuronal), pero ante estos medicamento (vigabatrin, gabapectina etc) se han estudiado las relaciones con enfermedades psiquiátricas como la depresión y la psicosis.

Los barbitúricos (fenobarbital y primidona) se han señalado como una causa de **trastornos neuropsiquiátricos (depresión, psicosis interictales y déficit de las FPS)**. Esto ha llevado a evitar el uso de fenobarbital en los pacientes con epilepsia(7, 20). También el desarrollo de psicosis se ve incrementado al añadir un medicamento antiepiléptico (ad don) para el control de crisis de epilepsia y la abrupta discontinuación de sobredosis de un medicamento pre establecido. Lo indica que se puede preveer con cambios de tratamientos paulatinos y con mucho cuidado(23).

¿Cómo tratar las psicosis asociadas a epilepsia?

El manejo de las psicosis epilépticas (interictales) tienen cierta similitud a la conducta que se sigue con las psicosis en paciente no epilépticos. En general estos pacientes deberán de ser tratados con neurolépticos. Hay que tener cuidado con el uso de los neurolépticos ya que se sabe que todos tienen mayor o menor posibilidad de disminuir el umbral convulsígeno, aunque algunos más que otros. Las fenotiazinas pueden ser más provocadoras de epilepsia que el haloperidol y se describe un conjunto de pacientes que

pueden hacer crisis de epilepsia con el uso de neurolépticos, entre los que se encuentran:

- Pacientes con antecedentes de daño cerebral.
- Pacientes con dosis iniciales muy altas.
- Cambios repentinos de medicación. Las psicosis ictales muy ocasionalmente requieren del uso de neurolépticos, aunque usualmente ceden rápidamente sin su uso y con control de FAE. Los estados paranoides o de “esquizofrenia like” interictales deberán de ser evaluados en función a la intensidad de las crisis.
- Cuando no hay alteración de la frecuencia de las crisis, se debe de escoger el neuroléptico que menos efecto tenga en disminuir el umbral epileptogénico, entre los que se encuentran el haloperidol o Pimozide y una alternativa útil ha sido utilizar el sulpiride.

Por lo tanto podemos resumir el tratamiento de las psicosis epilépticas en los siguientes puntos.

- 1) Las psicosis de tipo ictal tiene como base fundamental de su tratamiento el control de la epilepsia con fármacos antiepilépticos adecuados al tipo de crisis que presenta el paciente.
- 2) En el uso de los fármacos antiepilépticos hay que evitar el uso de los barbitúricos.
- 3) Hay que tratar de utilizar monoterapia para el control de la epilepsia
- 4) Las psicosis interictales necesitan de un equipo de neurólogos, psiquiatra y psicoterapeutas entre otros.
- 5) Pese a que se describe incremento de las crisis de epilepsia con los neurolépticos (haloperidol etc), estos pueden ser utilizados en las dosis que se estimen convenientes, siempre que exista control adecuado de las crisis con los fármacos antiepilépticos.

¿Cómo podemos resumir el tema de las psicosis asociadas a epilepsia

- En determinados pacientes suele aparecer una psicosis como producto de un cuadro ictal. Estas psicosis denominadas como episódicas tienen un buen pronóstico y se controlan con la medicación antiepiléptica

- Las psicosis episódicas se presentan en forma de psicosis ictal (como expresión de una crisis) y psicosis post ictal (entre 1 a 2 días después de la descompensación de la epilepsia).
- La psicosis interictales se presentan con un cuadro similar a la esquizofrenia y se diferencia principalmente por la presencia de crisis de epilepsia.
- Existen factores de riesgo de las psicosis interictales conocidas como esquizofrenia “like”. Los mismo son: sexo femenino, inicio de la epilepsia en la adolescencia temprana, período entre el inicio de las crisis y la psicosis de 10 años, epilepsia focal del lóbulo temporal, hallazgos de lesiones displásticas y EEG focal del lado izquierdo.
- El tratamiento está dirigido según el tipo de psicosis: en las psicosis ictales el tratamiento básico es el del control de las crisis mediante los fármacos antiepilépticos. En las psicosis interictales hay que ajustar el tratamiento antiepiléptico y tratar de no utilizar barbitúricos o más de un FAE, estas psicosis deben de ser atendidas por un equipo interdisciplinario que incluya psiquiatras y psicoterapeutas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kinnier J, Reynolds E. Translation and analysis of a cuneiform text forming part of a Babylonian treatise on epilepsy Med Hist1990;34:185-98.
2. Slater E, Beard A, Glithero E. The schizophrenia-like psychosis. . Biol Psychiatry1963;109:95-105.
3. Landolt H. Serial electroencephalographic investigations during psychotic episodes in epileptic patients and during schizophrenic investigations during psychotic episodes in epileptic and during schizophrenic attacks. . In de Haas L [serial on the Internet]. 1958.
4. Trimble MR, editor. Interictal psychoses of epilepsy. . New York; Raven Press1991.
5. Elliott B. Psychosis and status epilepticus: Borderland or hidden cause? Epilepsia2009;50(12):70-2.
6. Logsdail S, Toone B. Postictal psychoses. A clinical and phenomenological description. . Br J Psychiatry1988;152:246-52.
7. Bruens J, editor. Psychoses in epilepsy. I: . . Amsterdam, North Holland Publishing co1977.
8. Pérez M, Trimble M. Epileptic psychosis - a diagnostic comparison with process schizophrenia Br J Psychiatry1985;146:155-63.
9. OMS, editor. CIE - 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas Clínicas. . Madrid1993.

10. DSM-IV . Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. . Madrid1995.
11. Krohn W. A study of epilepsy in Northern Norway, its frequency and carácter Acta Psychiatr Scand1961;150:215-25.
12. Zielinski J. Epidemiology and medical - social problem in epilepsy in Warsaw. (final report on research program No 58325-F-01 DHEW. Social and rehabilitation services). Washington DC: US Government printing office; 1974.
13. Gudmundson G. Epilepsy in Iceland. Acta neurol 1966;43:1-124.
14. Hermann BP, Whitman S. Neurobiological, psychosocial and pharmacological factors underlying interictal psychopathology in epilepsy New York: Raven Press Ltd 1991.
15. Hermann B, Whitman S. Behavioral and personality correlates of epilepsy: a review, methodological critique, and conceptual model. Psychol Bull1984 May;95(3):451 - 97.
16. Hermann B, Sidenberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression Epilepsia2000;41(2):31-41.
17. Elliott B, Joyce E, Shorvon S. Delusions, illusions and hallucinations in epilepsy: Complex phenomena and psychosis. Epilepsia2009;85:172-86.
18. Bear M, Fedio F. Interictal behaviour in hospitalised temporal lobe epileptics: relationship to idiopathic psychiatric syndroms. J Neurology Neurosurgery and Psychiatrc1981;45:25-8.
19. Bear D, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. Archives of Neurology1977;34:454-67.
20. Trimble M. Interictal psychoses of epilepsy. Adv Neurol1991;55:143-52.
21. Adachi N, Onuma T, c TH, Matsuura M, Okubo Y, Kato M, et al. Frequency and age-related variables in interictal psychoses in localization-related epilepsies. Epilepsy Research2002;48:25-31.
22. Sherwin I, Magnam PP-, Bancaud J, Bonis A, Talairach J. Prevalence of psychosis in epilepsy as a function of the laterality of the epileptogenic lesion. Arch Neurol1982;39(10):621-5.
23. Matsuura M, Suzuki T, Sakai T, Kojima T. Anticonvulsant-Related Psychoses in Epilepsy. Epilepsia1998;39(Suppl 5):59.