

PRESENTACIÓN DE CASO

Psicosis epiléptica y calidad de vida

Epileptic psychosis and quality of life

María Magdalena Caro Mantilla

Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hospital Psiquiátrico de Cienfuegos.
Correo electrónico: psiquiatrico@jagua.cfg.sld.cu; mariamc@jagua.cfg.sld.cu

Recibido: 21 de noviembre de 2013.

Aprobado: 16 de septiembre de 2014.

RESUMEN

Introducción: los cuadros de nivel psicótico que acompañan a la epilepsia difieren en su evolución y pronóstico; estas alteraciones psicopatológicas tienen una estrecha relación temporal con la crisis. El desconocimiento de los aspectos esenciales de la epilepsia acarrea diversas complicaciones al paciente porque empobrece su calidad de vida.

Caso clínico: se presenta el caso de una paciente femenina, de 19 años de edad, nivel medio superior de escolaridad, casada y lactando su bebé de 5 meses. Esta paciente tuvo dos convulsiones febriles en su infancia, que aparentemente después de la separación de su pareja comienza a presentar alucinaciones auditivas, ideas delirantes de contenido religioso, temor e inquietud psicomotriz. En las entrevistas realizadas llamó la atención la lentitud y perseverancia en el curso del pensamiento, la hiperestesia sensorial, intensa cefalea e inestabilidad emocional. En los estudios realizados se descartó la presencia de tumoración, pero se evidenciaron descargas epileptiformes en el área de la corteza temporal.

Conclusiones: el conocimiento de la gran variedad de manifestaciones psicopatológicas que presentan los pacientes epilépticos, su relación con las crisis y la oportuna identificación, modifican notoriamente la evolución del enfermo y la percepción tiene de su enfermedad.

DeCS: Calidad de vida, Epilepsia, Trastornos psicóticos.

ABSTRACT

Introduction: the levels of psychotic manifestations that come with the epilepsy differ from its natural history and prognosis; these psychopathologic disorders have a close-temporal relationship with the seizures. Lack of knowledge of the main characteristics of epilepsy results in several complications for patients, as it weakens patient's quality of life.

Case report: a 19 year-old female patient, middle-high educational level, married and breastfeeding a 5 months baby, who presented two febrile seizures in her childhood; at present apparently after the breaking-up of her marriage, she began with hearing hallucinations, delirious ideations of religious content, fear and psychomotor anxiety. In clinical interviews her slowness, perseverance in the course of thoughts, sensorial hyperesthesia, severe headache and emotional instability called attention. The studies conducted ruled out the presence of a tumor, but epileptiform discharges were evident in the temporal cortex area.

Conclusions: knowledge about the great variety of psychopathological manifestations that epileptic patients present, their relationship with the seizures and the timely identification modify its natural history, along with the perception the patient has about the disease s/he is suffering from.

DeCS: Quality of life, Epilepsy, Psychotic disorders.

INTRODUCCIÓN

En la literatura especializada internacional este tema se aborda con cierta frecuencia y existe consenso del reto que representan para clínicos, neurólogos, psiquiatras y demás especialidades afines las variadas manifestaciones psicopatológicas que aquejan a los pacientes epilépticos a lo largo de su vida. Sin embargo, en Cuba existe poca evidencia disponible, lo que ha sido reconocido hasta en las guías de prácticas clínicas para la atención y el manejo de los problemas médicos de las mujeres con epilepsia recientemente publicadas.

Los cuadros de nivel psicótico que acompañan a la epilepsia se dividen en dos tipos fundamentales: psicosis periictales, alteraciones psicopatológicas que están relacionadas en el tiempo con el ataque epiléptico y psicosis interictales, trastornos psicóticos crónicos que ocurren en pacientes epilépticos, sin tener una relación temporal directa con las crisis.

Las psicosis epilépticas periictales tienen una corta duración y se logra su remisión completa cuando son oportunamente medicadas, evitando así múltiples complicaciones tanto para el paciente como para su familia. El desconocimiento de las características clínicas de la epilepsia conlleva a cometer errores que deterioran de manera significativa la calidad de vida de los pacientes y contribuyen a su estigmatización.

La presentación de este caso recuerda la necesidad de profundizar en el conocimiento de esta enfermedad y la obligatoria interdisciplinaridad en la relación de ayuda a estos enfermos.

CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente femenina, blanca, de 19 años de edad, nivel medio superior de escolaridad, casada y lactando su bebé de 5 meses que llega por recomendación de un colega de otra especialidad. Refería no poder dormir ante la preocupación lógica por el bienestar de su bebé, y además, estar inconforme con su imagen ya que había engordado mucho durante el embarazo; esto la llevaba a una angustia apreciable y crisis de llanto continuo, que alternaba con accesos de cólera, ante la incompreensión de su familia.

Tiene antecedentes de dos convulsiones febriles en su infancia, que en opinión de la madre marcaron pautas en su crianza, ya que los abuelos siempre la han sobreprotegido y es en extremo caprichosa; toda la familia (la paciente es hija y nieta única) gira alrededor de sus caprichos. Manifiesta la madre que la preocupación de la paciente por la ganancia de peso corporal es una obsesión y ha dejado de alimentarse; todo esto ha traído problemas con su pareja, que decidió abandonar el hogar y coincidentemente con este hecho la paciente comienza a decir que está escuchando cosas desagradables que no precisa pero que le inspiran temor.

Según transcurren los días, lo que al principio fue interpretado por la familia como un estado emocional pasajero por la nueva responsabilidad y el disgusto conyugal, fue convirtiéndose en un evento aun mayor, pues la paciente comenzó a mostrar un excesivo interés en bautizar cuanto antes al niño pero con otros padrinos, porque los escogidos inicialmente le inspiraban desconfianza y tenía un discurso personal muy permeado de términos religiosos, lo que no era característico de ella.

La madre argumenta que ella no está viviendo en la casa, pero su mamá le dijo que la paciente tiene momentos en que se queda "lela", lo que irrita aun más a la enferma porque ella no recuerda estar "lela", como dice su abuela, ya que ella es una madre muy dedicada, se preocupa que este tipo de comentario sea escuchado por personas ajenas a la familia.

La paciente ya había sido vista dos semanas atrás por otro colega y se le había indicado suspender la lactancia y tomar risperdal, 3 mg al día. El colega refiere que después de establecer que todo comenzó después del puerperio y teniendo en cuenta la personalidad de la paciente y los cambios bruscos en su contexto, se interpretó el cuadro como un trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación (psicosis reactiva), ya que había comenzado unos diez días atrás a raíz de la ida del esposo del hogar.

A la pregunta sobre los síntomas somáticos, la paciente muestra extrañeza porque ella pensaba que el psiquiatra es para contarle los problemas y aclara que sí tiene mucho dolor de cabeza, que apenas se le alivia con los analgésicos habituales. Se le preguntó si tiene dificultades de refracción pues entorna constantemente los ojos, como si hubiera una luz muy potente enfrente de ella, niega cualquier dificultad visual y argumenta que tiene fuerte dolor de cabeza en el momento de la entrevista.

En el examen físico no se encontraron datos de interés ni signos de focalización neurológica:

En el examen psiquiátrico llama la atención una discreta hipomnesia de fijación, hiperestésias sensoriales, expresada como malestar ante la mayoría de los sonidos ambientales e imposibilidad de mantenerse mucho tiempo ante la televisión pues le molesta el brillo de la pantalla; afirma haber escuchado voces pero no puede

precisar el contenido ni de quien o quienes podrían ser, también ha escuchado ruidos diversos (alucinaciones auditivas simples y complejas), pensamiento de curso enlentecido y perseverante e ideas delirantes de contenido místico y religioso mal estructuradas.

Refiere angustia (interpretada como temor a lo desconocido, profundo y visceral), o sea, una sensación de que algo grandioso e incomprensible va a ocurrir. Se le preguntó si siente ansiedad e insiste: *"No doctora, es angustia, yo creo que algo malo va a pasar y temo que le pase al niño."* La madre la describe como muy estable en sus afectos (tenacidad afectiva), por eso ha llamado tanto la atención esta "inestabilidad" emocional de las últimas semanas.

Durante la entrevista se observa inquietud psicomotriz:

La paciente no había mejorado nada con el medicamento, todo lo contrario, su suspicacia iba en aumento y desde el día anterior no quería separarse de su niño. También la cefalea era más continua e intensa.

Los signos de organicidad de la paciente, sobre todo su notable enlentecimiento psíquico y perseverancia a pesar de la angustia e inquietud psicomotriz, las alteraciones sensoperceptuales, la intensa cefalea que la llevaba mientras hablaba a entornar los ojos por el dolor, sus antecedentes y las modificaciones bruscas en la satisfacción de sus necesidades alimentarias y de sueño, hacen que se encamine el estudio a la búsqueda de una causa orgánica, o sea, descartar en primer lugar una tumoración y en segundo lugar se descartaría una epilepsia, entidad que explicaba perfectamente todas estas alteraciones antes descritas. Se orienta la refracción, Rx de cráneo, electroencefalograma (EEG) y fondo de ojo.

Se orienta a la familia, además de las indispensables medidas de apoyo en el hogar, una observación estricta de la paciente para lograr mayor precisión de los estados que la abuela describe como "quedarse lela", de manera que la madre decide trasladarse de hogar para estar a tiempo completo con su hija.

El estudio se realiza en apenas una semana y todo fue negativo excepto el EEG, que informaba descargas epileptiformes en el área de la corteza temporal. Por otra parte, la descripción de estos estados en que la paciente se "desconectaba" del mundo puso de manifiesto la existencia de automatismos (se queda inmóvil y después mueve la boca como si estuviera probando un limón). En este caso el EEG corroboró lo que la clínica había evidenciado.

La interconsulta inmediata con Neurología lleva a la medicación con ácido valproico, 600 mg/día, y se decide suspender después de reducción gradual el risperdal. Se valora conjuntamente la paciente a los 10 días y mejora considerable; en ese tiempo fueron desapareciendo las alteraciones sensoperceptuales y la cefalea, la angustia aun presente es menor, y mantiene cierta inquietud motora. No logra dormir toda la noche a pesar de que tanto su madre como su abuela la acompañan todo el tiempo. Reinició la relación marital. Se decide incluir nitrazepam, 5 mg/noche, que se mantuvo solo 15 días.

Tanto la paciente como su familia reciben apoyo y orientación por psicología para adecuado manejo de la enfermedad, seguimiento por Neurología y por nuestra especialidad.

Hace dos meses está en tratamiento, no ha tenido manifestaciones psicopatológicas de nivel psicótico. Se conoce existe riesgo de recurrencia, pero es evidente la mejoría en la calidad de vida.

DISCUSIÓN

La tasa de prevalencia de la epilepsia en Cuba oscila entre 3,3 y 9/1000 habitantes, con una tasa promedio de prevalencia de aproximadamente 6,1/1000 habitantes, por lo que en el país deben existir unos 60 000 epilépticos y las crisis parciales constituyen el tipo de ataque más frecuentemente encontrado, entre el 60,3 y el 70,3% de todas las crisis.¹

Algunos autores refieren que la relación comorbida entre epilepsia y enfermedad mental llega al 70%, pues incluye desde los trastornos de la personalidad y cuadros de nivel neurótico hasta las diferentes psicosis.^{2, 3}

En Cuba, se realizó recientemente un estudio muy ilustrativo de esta relación, ellos identificaron factores que favorecen la aparición de crisis psicógenas en pacientes con epilepsia y del total de la muestra, el 69,50% presentaba trastornos psicopatológicos cognitivos y conductuales, el 18,5%, además de la epilepsia, presentaban crisis psicógenas no epilépticas, y solo el 12% de los pacientes epilépticos estaba libre de sintomatología psiquiátrica.⁴

Como ya se expresó en esta exposición, solo en los cuadros de nivel psicótico y específicamente en las psicosis periictales, que según su relación temporal con el *ictus*, son antes preictales, durante ictales y después postictales.

Llegados a este punto se hace imprescindible citar al Dr. Luis Rodríguez Rivera, quien muy bien señaló un grupo de errores que se cometen en la atención a estos pacientes y dificultan la adecuada percepción del problema por parte del profesional de asistencia, entre ellos y vinculados con el presente tema están:

- Desconocer la clasificación de las epilepsias.
- Que el médico no epileptólogo carezca de conocimientos esenciales.
- No hacer un enfoque integral del paciente epiléptico.
- No tener clara la conducta a seguir con el paciente epiléptico que presenta trastornos mentales.⁵

Teniendo en cuenta que la clasificación de las psicosis se hace de acuerdo a la relación cronológica con las crisis, resulta de vital importancia conocer la clasificación de las crisis epilépticas.

A partir de una rigurosa recogida de datos en la anamnesis de la sintomatología ictal, se establece con bastante exactitud no sólo el tipo de crisis sino también el valor pronóstico evolutivo, orientando al psiquiatra sobre las manifestaciones psicopatológicas acompañantes.

En este caso se diagnosticó una epilepsia del lóbulo temporal que constituye, a juicio de varios autores, la forma más común de epilepsia, afecta hasta el 40% de todos los enfermos, puede ser progresiva y con frecuencia refractaria al tratamiento farmacológico, se acompaña generalmente de alteraciones cognitivas, de la personalidad y psicosis.^{6, 7}

Vale señalar que, como quiera que no es área de especialización, se cuestiona si realmente se trataba del comienzo de la enfermedad, o esta había estado silenciada muchos años. La revisión obligada del tema llevó a un artículo que aclara que

existen muchos pacientes con períodos libres de crisis a lo largo de los años que reinician las crisis cuando son adultos, y son los llamados períodos de "luna de miel".⁸

En la paciente se conjugaron una serie de circunstancias que facilitaron el debut o reaparición de la enfermedad, hubo una privación importante del sueño a lo largo de los 5 meses de vida del bebé, alimentación deficiente por voluntad materna al creerse muy gruesa, tensión emocional mantenida ante el rol materno a asumir en una personalidad muy sobreprotegida hasta el momento y conflictos de pareja que incrementaron esa tensión.

Por otra parte, atraviesa una situación especial en su vida, que es el debut de la enfermedad durante la lactancia de su primer hijo, lo que obliga al personal de asistencia a estar muy atento a las expectativas de la paciente para que esta establezca una adecuada relación afectiva con el bebé.⁹

Se han realizado diferentes estudios que coinciden en señalar la peor percepción que tienen los pacientes epilépticos sobre su calidad de vida respecto a la población general. Estos pacientes confrontan muchas dificultades debidas a los efectos de los tratamientos anticonvulsivantes, a las restricciones en el estilo de vida y a la estigmatización de que son objeto.¹⁰

El concepto de calidad de vida es amplio, controvertido, de uso en muy diversos ámbitos y se basa en un grupo considerable de estándares como condiciones laborales, los ingresos, el acceso a servicios públicos, el hogar, la seguridad ciudadana y libertad, en fin, elementos sociales y medioambientales independientes de los cuidados sanitarios, pero a los efectos de la exposición se ciñe a la calidad de vida relacionada con la salud y entendida como el valor asignado a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y oportunidades sociales, que están influidas por la enfermedad, las lesiones, el tratamiento médico o las políticas sanitarias.¹¹

Existe una amplia gama de instrumentos para medirla, pero no es propósito en este trabajo, sólo se pretende llamar la atención una vez más sobre el resultado de la gestión terapéutica, ya que una percepción positiva, creadora, adaptada, del paciente sobre su situación en la vida es objetivo, *la calidad de vida es un resultado sanitario que se centra en la persona, no en la enfermedad.*

*La Organización Mundial de la Salud (OMS) atribuye a los trastornos neuropsiquiátricos el 31% de todos los años vividos con discapacidad y el 1,4% de todos los años perdidos, por ello, insiste hace ya algunos años en priorizar la evaluación del impacto de los trastornos mentales y del comportamiento sobre la calidad de vida de los pacientes.*¹²

La necesaria asociación de fármacos antiepilépticos y fármacos neurolépticos para el control de las manifestaciones psicóticas confirma, una vez más, que el tratamiento oportuno del paciente epiléptico, con medicamentos de perfil farmacocinético y fármaco-dinámico adecuados a cada caso, incide favorablemente en el pronóstico de la enfermedad y en la percepción del enfermo sobre la misma.¹³

El conocimiento y diferenciación adecuados por parte del médico de asistencia de las crisis epilépticas puede variar de forma drástica y en bien del paciente la evolución y pronóstico de la enfermedad. En las psicosis epilépticas periictales se consigue la remisión completa de la sintomatología, se evita la hospitalización prolongada, incluso, en este caso y en otros muchos se realiza de forma ambulatoria el seguimiento, se minimiza la discapacidad y el uso de fármacos y se

previene el desarrollo de una psicosis interictal; todo lo que redundaría en definitiva en una mejor calidad de vida para los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maya Entenza CM. Epilepsia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
2. Swinkels W AM, Kuy J, Van Dyck R, Spinhoven PH. Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005; 7: 37-50.
3. Rochelle C. Psychopathology and Epilepsy: A Two-Way Relationship. *Epilepsy Curr.* 2012 Sep-Oct; 12(5): 201-202.
4. González Pal S, Llanes Basulto Y, Valenti Alonso J, Oliva Hernández I, Fabelo Roche R et al. Factores de riesgo en pacientes adultos con epilepsia y crisis psicógenas no epilépticas. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana.* 2013; 10(1).
5. Rodríguez Rivera L. Para no cometer errores en la atención al paciente epiléptico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
6. Feria Romero I, Alonso Vanegas M, Rocha Arrieta L, Ville Hernández J, Escalante Santiago D, et al. Mecanismos de neurodegeneración en la Epilepsia del lóbulo temporal. *Revista Chil. Neu-Psiquiatría.* Abril. 2013; 51(2).
7. Moraleda E, Romero M, Cayetano MJ. Trastornos cognitivos y psicóticos en un caso de epilepsia temporal antes y después de la lobectomía. *Avances en Neurol.* 2011; 2:3.
8. Téllez-Zenteno JF, Ladino LD. Epilepsia temporal: aspectos clínicos, diagnósticos y de tratamiento. *Rev Neurol.* 2013; 56(4): 229-242.
9. García RJ. Situaciones especiales en adolescentes epilépticos: embarazo, parto y lactancia. *Rev Cubana Neurol Neurocir.* 2012; 2(1): 47-55.
10. Martínez-Domínguez S, Labrada-Abella J, Pedrós-Roselló A, López-Gomáriz E, Tenías-Burillo JM. Enfermedad mental, rasgos de personalidad y calidad de vida en epilepsia: estudio control de pacientes con epilepsia mioclónica juvenil y otras epilepsias. *Rev. Neurol* 2013; 56: 608-14.
11. Robaina Becerra H, Fernandez Vidal AT, Ramirez Perez A. Calidad de vida: algo más que un concepto. *Medisur.* 2011; 9(5).
12. Mora Ripoll R. Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).* 2012; 5(1).
13. Torres-Ferrús M, Toledo M, González M, Seró-Ballesteros L, Santamarina E, et al. Etiología y tratamiento de la epilepsia en una serie de 1.557 pacientes. *Rev Neurol.* 2013]; 57(7): 306-12.

Dra. María Magdalena Caro Mantilla. Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hospital Psiquiátrico de Cienfuegos. Correo electrónico: psiquiatico@jagua.cfg.sld.cu; mariamc@jagua.cfg.sld.cu
Dirección particular: Ave 56 e/ 39 y 41 # 3920. Cienfuegos.