

Epilepsia y comorbilidad psiquiátrica

INTRODUCCIÓN.

La epilepsia y las enfermedades psiquiátricas son patologías con una relación compleja y bidireccional de forma que

- LOS PACIENTES EPILEPTICOS TIENEN MAYOR PREVALENCIA DE ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS y
- LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS TIENEN MAYOR RIESGO DE PRESENTAR CRISIS EPILEPTICAS

Las patologías psiquiátricas más frecuentes en pacientes epilépticos son, depresión, ansiedad y trastornos psicóticos. Son mucho más frecuentes en pacientes con epilepsia que en la población general (tabla 1)

Enfermedad psiquiátrica	Pacientes con epilepsia	Población general
Depresión	11-80%	3.3% Distimia 5-17% Depresión mayor
T.Ansiedad generalizada	15-25%	5-7%
Trastornos psicóticos	2-9%	1%
T pánico	5-21%	0.5-3%
TDAH	12-37%	4-12%

Tabla 1

EPILEPSIA Y DEPRESIÓN

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en pacientes epilépticos, especialmente en pacientes con crisis frontales o temporales y con mal control de las mismas. Es importante resaltar que los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal y depresión tienen un riesgo de suicidio 9-25 veces mayor que la población general, siendo ésta una de las principales causas de muerte en los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal.

En función de la relación temporal con la crisis podemos encontrar

Relación con la crisis	Depresión	Características
Previa	Preictal	Horas-días antes de la crisis. Resolución en 24horas tras la crisis
Coincidente	ictal	Síntomas anímicos como expresión de crisis parcial
Posterior	Postictal	Aparece en primeras 24h tras crisis. Puede durar hasta 2 semanas

Tabla 2

La verdadera comorbilidad entre epilepsia y depresión es la **depresión interictal**. En un 30% de los casos se presenta con un cuadro atípico, por lo que se infradiagnostica con frecuencia

El tratamiento con PB, BDZ, PRI, VGB y TGB así como la **retirada** de VPA, CBZ, LMT y tras la lobectomía anterotemporal de la cirugía de la epilepsia, pueden inducir **depresión yatrógena**

TRATAMIENTO de la depresión asociada a epilepsia

Es fundamental indagar sobre la existencia de episodios maníacos o hipomaníacos, que revelen la existencia de un trastorno bipolar de base, ya que el inicio de tratamiento con antidepresivos puede desencadenar episodios maníacos. Dentro de los FAES, **Lamotrigina** es el fármaco de elección por su efecto antidepresivo y estabilizador del ánimo. También están indicados **ácido valproico y carbamazepina**, ya que son estabilizadores del ánimo.

A la hora de decantarse por un fármaco antidepresivo u otro hay que tener en cuenta que:

Maprotilina- Amoxepina-Clomipramina y bupropion están contraindicados por su conocido efecto PROCONVULSIONANTE

ISRS e IRSN son los más seguros, son especialmente eficaces cuando hay síntomas atípicos, y concretamente **CITALOPRAM, ESCITALOPRAM**, y en menor grado, **SERTRALINA**, son DE ELECCIÓN, ya que no se metabolizan por el citocromo p450 hepático, por lo que se evitan interacciones con muchos FAES.

Los antidepresivos tricíclicos, como grupo, son fármacos de segunda línea. Son eficaces, pero pueden provocar descompensaciones epilépticas, especialmente si se utilizan a dosis elevadas, con incrementos rápidos y existe un EEG de base anormal.

El litio, tratamiento de elección para el trastorno bipolar, tiene un conocido efecto pro-convulsionante, por lo que debe usarse con precaución. Si su uso es imprescindible, debe ajustarse la dosis de FAES para disminuir el riesgo de crisis.

La TEC, utilizada en depresiones graves farmacorresistentes, no ha demostrado un claro efecto pro-convulsionante, por lo que puede utilizarse si está indicada.

EPILEPSIA Y ANSIEDAD

La ansiedad es el segundo trastorno psiquiátrico más frecuente en pacientes con epilepsia. Generalmente se produce en pacientes con un inicio de las crisis a una edad temprana y una alta frecuencia de las mismas. No se correlacionan con un foco concreto.

Ansiedad

Los distintos cuadros del espectro ansioso (trastorno por ansiedad generalizada, crisis de pánico, fobias, TOC...) se pueden presentar en el periodo interictal con las mismas características pero con mayor frecuencia que en la población general.

Ansiedad ictal

Las características de la ansiedad ictal así como sus diferencias con las crisis de pánico, se muestran en la tabla 3

Ansiedad ictal	Crisis pánico
Episodios suelen durar menos de 30 seg	Episodios suelen durar 5-20 minutos
Síntomas fuera contexto (sin motivo aparente)	Suelen tener desencadenante reconocible
Intensidad leve-moderada	Intensidad grave
Estereotipadas	Asocia síntomas vegetativos
Puede asociar desconexión y automatismos	No alteración del nivel de consciencia, pero asociar fenómenos despersonalización y desrealización

Tabla 3

TRATAMIENTO de la ansiedad

El tratamiento de elección es con ISRS. En episodios puntuales se recomienda el clonazepam.

EPILEPSIA Y TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los trastornos psicóticos en pacientes con epilepsia tienen una prevalencia de hasta el 10% (10 veces superior a la población general). Se producen con más frecuencia en pacientes con un foco bitemporal.

De forma similar a la depresión, podemos distinguir

- 1. psicosis ictal** (expresión clínica de una crisis parcial). Asocia desconexión y automatismos. Muy importante el EEG para diagnóstico diferencial. Nos permite distinguir, por ejemplo, cuadros psicóticos que cursan con catatonía, falta de respuesta a estímulos y manierismos de un estatus no convulsivo con automatismos.
- 2. Psicosis postictal:** Cuadro psicótico de corta duración (máximo varias semanas) que aparece en pacientes epilépticos de larga duración (más de 10 años) y tras un periodo de descompensación con aumento del número de crisis secundariamente generalizadas. Es típico que haya un periodo libre de síntomas desde el fin de la descompensación epileptica y el inicio de los síntomas psicóticos.
- 3. Psicosis interictal:** Los pacientes epilépticos padecen cuadros psicóticos similares a los de la población general, aunque se ha acuñado el término "psicosis de la epilepsia" para hacer referencia a algunas características especiales:
Mejor historia premórbida, no suelen tener síntomas negativos, menor deterioro de la personalidad, menor severidad y mayor respuesta al tratamiento.
- 4. Psicosis y yatrogenia**
FAES asociados a psicosis (toxicidad) Etoxisimida, phenobarbital, primidona, levetiracetam y topiramato.
FAES asociados a psicosis (por retirada): VPA, CBZ, PHT y BDZ
Postlobectomía temporal

Tratamiento

Los antipsicóticos son necesarios para el control de los síntomas, a pesar que todos sin excepción disminuyen el umbral convulsivo.

Como norma general, los nuevos antipsicóticos son más seguros.

EL ANTIPSICÓTICO MÁS PROCONVULSIONANTE ES LA **CLOZAPINA**.(Leponex^R)
(aumenta hasta 9 veces el riesgo de crisis), SEGUIDO DE LA **CLORPROMAZINA** (largactil^R)
EL ANTIPSICÓTICO MENOS PROCONVULSIVO ES EL **HALOPERIDOL**, SEGUIDO DE LA **RISPERIDONA**.

PSEUDOCRISIS

Las pseudocrisis son episodios súbitos, autolimitados, de síntomas que recuerdan a crisis epilépticas, por sus alteraciones motoras, sensitivas, vegetativas, conductuales o del nivel de consciencia, pero no se acompañan de un patrón EEG paroxístico que justifique los síntomas.

Se clasifican psiquiátricamente dentro de los trastornos de conversión.

Hasta el 50% de los pacientes con pseudocrisis también presenta verdaderas crisis comiciales. Además, los estudios señalan que durante el seguimiento longitudinal de éstos pacientes, se terminó encontrando un trastorno neurológico u otra enfermedad orgánica que al parecer explicaba la presentación sintomática original en el 21-30% de los pacientes inicialmente diagnosticados de trastorno de conversión.

El 80% se presenta en mujeres entre 15 y 35 años. Es frecuente la historia de abuso sexuales, TCE, desempleo y la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos como trastornos de la personalidad, del ánimo, cuadros conversivos y disociativos.

CLÍNICAMENTE PUEDEN SER INDISTINGUIBLES DE CRISIS AUTÉNTICAS Y SOLO EL VIDEO EEG DA EL DIAGNOSTICO DE CERTEZA.

A FAVOR DE CRISIS REAL	A FAVOR DE PSEUDOCRISIS
Ojos abiertos durante la crisis	Ojos cerrados durante la crisis
Cefalea, cansancio, amnesia postictal	Movimientos oculares abigarrados durante la crisis
Frecuentemente aparecen por la noche	Pseudosueño preictal (El paciente finge estar dormido, pero el EEG refleja vigilia)
Alteraciones analíticas (aumento de la CK, PRL o acidosis en la gasometría)	Susurro postictal
	Falta de respuesta a BDZ
	Sugestionabilidad para el inicio y fin de las crisis
Crisis de corta duración	Larga duración de las crisis
	Raras durante el sueño
Movimientos coordinados de las 4 extremidades en ausencia de movimientos pélvicos	Movimientos pélvicos exagerados asociados a movimientos descoordinados de las extremidades

Tabla 4: Diferencias entre crisis y pseudocrisis

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO DE LAS PSEUDOCRISIS

El tratamiento debe incluir los siguientes pasos:

1. Valoración médica y neurológica cuidadosa. Dado que una fracción considerable de los pacientes diagnosticados inicialmente de trastorno de conversión sufre una enfermedad médica todavía no diagnosticada.

2. Diagnóstico precoz. En general los estudios encuentran una latencia de 6 a 8 años antes de establecer el diagnóstico de trastorno de conversión. Esto supone un prolongado tiempo en el que se han realizado excesivas pruebas diagnósticas y se han prescrito tratamientos inadecuados que causan iatrogenia y que acaban "validando" los déficits percibidos por el paciente como un trastorno médico.

3. Tranquilizar terapéuticamente al paciente en el sentido de que existe un buen nivel de certeza médica de que los síntomas no se deben a un proceso médico o neurológico, sino que son secundarios a un conflicto psicológico de base (evitando que el paciente sienta que estos síntomas se consideran inventados voluntariamente por él o que se trata de una imaginación suya). En general suele ayudar una explicación de la interacción entre la mente y el cuerpo y de cómo los procesos inconscientes psicológicos pueden afectar al cuerpo en las enfermedades médicas más comunes.

4. Al alta hospitalaria el paciente debe ser derivado a un **tratamiento médico combinado** (neurólogo/MAP y equipo de salud mental). Ya que es frecuente el fracaso de los enfoques médicos o psiquiátricos aislados, pues los pacientes se sienten agredidos o abandonados cuando su médico los deriva exclusivamente a salud mental (pues ellos entienden que el "problema está exclusivamente en su cabeza"). Esto suele ir seguido de falta de cumplimiento de la derivación al psiquiatra, empeoramiento de los síntomas de conversión y "búsqueda de un nuevo médico que me crea".

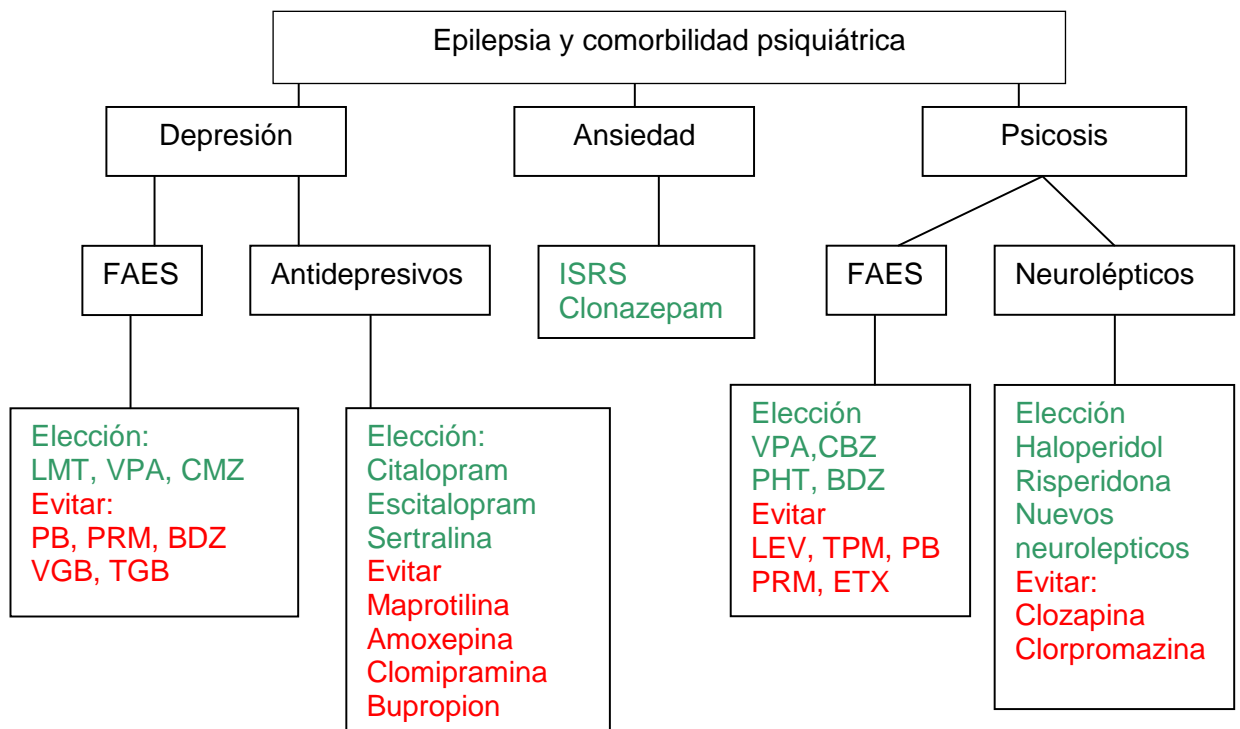
Por ello la participación en el seguimiento de un neurólogo (en el caso de la coexistencia con crisis comiciales) o MAP en paralelo con salud mental garantiza al paciente la atención necesaria a sus síntomas permitiendo una tranquilización sobre la ausencia de patología orgánica.

5. Evitar tratamientos con FAES innecesarios.

6. Tratar cualquier trastorno psiquiátrico comórbido. No se ha demostrado que los síntomas de conversión mejoren con medicación. Sin embargo, en éstos pacientes son frecuentes el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad comórbidos que sí mejoran con una intervención farmacológica y/o psicoterapéutica. El psiquiatra de la Unidad de Salud Mental será el encargado de tratar las comorbilidades.

7. Trabajar las defensas del paciente y ayudarlo a desarrollar mecanismos de defensa más maduros y adaptativos, con el fin de prevenir futuros episodios de conversión. Esto puede lograrse con ciertas modalidades de psicoterapia que la Unidad de Salud Mental se encargará de poner en marcha.

De forma esquemática se resume en la tabla 5

**Bibliografía:**

- 1 Psychiatric comorbidities in epilepsy.
W.Curt LaFrance Jr, Andres M. Kanner, Bruce Hermann
International Review of neurobiology vol 83
2. Psychiatric aspects of epilepsy
Michael J. Marcangelo, Fred Ovsiew
Psychiatric clinics of North America 30 (2007)781-802
3. Trastorno de conversión.
José R. Maldonado. En: Tratamientos de los trastornos psiquiátricos.
Glen O. Gabbard. Ars Médica. Tomo II

Montserrat Asensio, Lidia Hernández Neurólogas (Unidad de epilepsia)
Hospital G. U. de Alicante.
Jose Carlos Giner Neurólogo Hospital de Elche
Enrique Pérez Psiquiatra HGU Alicante