

## Presentación de caso

Psicosis y Epilepsia del lóbulo temporal; presentación de casos

Psychosis and temporal lobe epilepsy, cases presented

Yohandra Milian Gerardo, Zenaida Amaro Ros, Deyanira E Díaz Sutherland

Hospital Universitario "General Calixto García"

Correspondencia

Recibido. 2018-01-30 Aceptado. 2018-08-12

### Resumen:

Se reportan dos casos de pacientes masculinos de 20 y 30 años de edad respectivamente, con diagnóstico de Epilepsia del lóbulo temporal, que ingresan en la sala de psiquiatría de nuestro servicio con un trastorno psicótico asociado, que se caracterizaba principalmente por excitación psicomotriz y síntomas maníacos. Se exponen las características de sus cuadros clínicos, así como los complementarios indicados y manejo terapéutico.

Palabras Clave: Epilepsia del lóbulo temporal, psicosis y epilepsia.

### Introducción:

Las Epilepsias del Lóbulo Temporal (ELT) comprenden una constelación de signos y síntomas y sus crisis reflejan la complejidad del funcionamiento y conexiones del lóbulo temporal. Son las epilepsias focales más frecuentes del adulto y el 75 % de ellas evolucionan hacia la refractariedad farmacológica, produciendo deterioro progresivo biológico, psicológico y cognitivo <sup>1,2</sup>. Las psicosis epilépticas tienen una prevalencia del 8% en pacientes con epilepsia, que asciende a un 10% en pacientes con crisis del lóbulo temporal <sup>3,4</sup>. Las condiciones psiquiátricas más comunes en la epilepsia son la depresión, la ansiedad y las psicosis <sup>4,5</sup>.

### Summary.

We report two cases of male patients with 20 and 30 years old respectively, with a diagnosis of Temporal Lobe Epilepsy, who entered the psychiatric ward of our service with an associated psychotic disorder, which was mainly characterized by psychomotor excitement and manic symptoms. The characteristics of their clinical pictures are exposed, as well as the indicated complementary and therapeutic management.

Key Words: Temporal Lobe Epilepsy, psychosis and epilepsy.

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 <sup>1</sup>.

### Presentación de casos:

Caso # 1: Paciente masculino de 20 años de edad, mestizo, soltero, sin hijos, con 9no grado de escolaridad, desvinculado, con antecedentes de Epilepsia del lóbulo Temporal desde hace 14 años, para lo cual lleva tratamiento con Valproato de Sodio, siendo su última crisis hace 7 años, tiene antecedentes además de Trastorno Afectivo bipolar desde

hace 9 años, por lo cual ingresó en 3 ocasiones en servicio de psiquiatría infantil del Juan Manuel Márquez, en dos ocasiones con episodios depresivos y en la otra con un episodio maniaco.

Ingresa en sala de agudos de nuestro servicio con excitación psicomotriz, alucinaciones visuales, ideas delirantes místico religiosas y megalomaniacas, hipererotismo, euforia, insomnio y dificultades en las relaciones interpersonales.

APF: Madre V/ T depresivo, Padre V/ TP, Abuelo materno V/ T delirante.

HPS: Disfunción familiar dada por problemas de comunicación y dificultades económicas.

PPM: Irritable, obstinado, perseverante, inestable emocionalmente.

Se diagnostica como: Trastorno Afectivo Bipolar, episodio maniaco y Epilepsia del Lóbulo Temporal.

Se comienza tratamiento con

Haloperidol (5mg) 1 amp +  
Difenhidramina (20 mg) 1 amp+  
Diazepam (10 mg) 1 amp IM c/8 h  
Durante 72 horas.

Posteriormente se continuó con  
Olanzapina 30 mg diarios+

Carbamacepina 200 mg c/ 8 h+  
Valproato de Sodio (500 mg) 2 tab/

d

A las 2 semanas de tratamiento, sin mejoría, se decide cambiar a Quetiapina 200 mg c/8 h y se adiciona Fenobarbital 1 tab diaria en la noche, con el propósito de mejorar el sueño. Transcurren 2 semanas más sin mejoría ostensible y se sustituye la Quetiapina por Olanzapina nuevamente.

La respuesta en este caso tampoco fue satisfactoria, por lo que se regresa al tratamiento anterior con Quetiapina y finalmente se logra la mejoría clínica esperada, siendo egresado a los 50 días.

Teniendo en cuenta la tórpida evolución, se solicita interconsulta con el servicio de neurología y se indica electroencefalograma y

Tomografía Axial Computarizada, cuyos resultados fueron:

EEG: Anormal, paroxismos temporales.

TAC: Atrofia cortical.

El neurólogo recomienda mantener los antiepilépticos descritos.

Caso # 2: Paciente masculino de 30 años, de raza blanca, soltero, sin hijos, técnico medio, desvinculado, que ingresa en nuestro servicio con antecedentes de trauma craneal a los 3 años de edad por accidente automovilístico y así como 3 eventos psicóticos anteriores con ingreso hospitalario en 2 ocasiones.

Ingresa en nuestro servicio por presentar crisis de excitación psicomotriz, agresividad física y verbal, alucinaciones visuales, ideas delirantes megalomaniacas y místico religiosas, zoofilia, insomnio y dificultades en las relaciones interpersonales.

APF: Negativos

HPS: Disfunción familiar manifestada por núcleo numeroso con problemas de convivencia.

PPM: Irritable, viscoso, perseverante, poco control de impulsos, dificultades en la capacidad de abstracción y baja tolerancia a frustraciones.

Se diagnostica como Trastorno Orgánico de la Personalidad descompensado a nivel psicótico. Se comienza tratamiento con

Haloperidol (5mg) 1 amp +  
Difenhidramina (20 mg) 1 amp+  
Diazepam (10 mg) 1 amp IM c/8 h  
Durante 72 horas.

Posteriormente se continuó con  
Olanzapina 30 mg diarios+

Carbamacepina 200 mg c/ 8 h+

El paciente no respondía de forma satisfactoria al tratamiento, por lo que, en su larga estadía de 3 meses, se utilizaron otros antipsicóticos como Haloperidol en tabletas, Flufenazina y Quetiapina.

El paciente refiere en una oportunidad que él sabe cuándo va a tener una crisis de excitación, y que cuando esta cede tiene la sensación de que el techo se le caerá encima. Se constata

por el equipo médico, además, que luego de la excitación, el paciente hace movimientos con sus dedos y manos y mirada fija.

Tras esta observación, es evaluado por el servicio de neurología y se indica un Electroencefalograma que muestra descargas epileptiformes en el área de la corteza temporal y una RMN con atrofia de hipocampo, por lo que se diagnostica: Epilepsia del lóbulo Temporal.

Se añade entonces al tratamiento el Valproato de sodio de 500 mg 3 tab diarias.

Conjuntamente con la Quetiapina 200 mg 3 veces/ d y la Carbamazepina 200 mg c/8h, que es con el tratamiento que se egresa el paciente.

Discusión:

El psiquiatra debe tener en cuenta que cualquiera de los medicamentos anticonvulsivantes tiene la capacidad de producir psicosis, ya sea como efecto adverso, tóxico o resultado de la suspensión abrupta, así como valorar las propiedades proconvulsivantes de la medicación antipsicótica. De manera general se recomienda en estos casos el uso de antipsicóticos atípicos.<sup>6-8</sup>

La literatura revisada, muestra antecedentes de aproximadamente 10 años de evolución de la epilepsia en pacientes con psicosis asociada<sup>8</sup>. En el primer paciente fue menor el tiempo, pero se explica por los antecedentes familiares de cuadros depresivos y delirantes, que pueden corresponderse con un Trastorno Afectivo Bipolar y al tener esta predisposición genética, el trastorno psicótico comenzó antes de lo descrito por otros estudios.

En el segundo paciente no sabemos con exactitud, desde cuando presenta la epilepsia, pero si tenemos en cuenta el accidente automovilístico a los 3 años de edad, que pudo dejar esta secuela, entonces sí se correspondería con aproximadamente 10 años de evolución de la epilepsia, antes del primer cuadro psicótico.

La exploración psicosocial de estos pacientes, nos muestra cómo perciben sus relaciones

familiares, sus relaciones interpersonales, su situación económica, las crisis de epilepsia, así como la evaluación que hace del tratamiento utilizado y la asistencia médica. Algunas investigaciones revelan la presencia de factores psicosociales desfavorables en casi la mitad de los adultos con epilepsia. En ambos pacientes descritos se detectó disfunción familiar y dificultades en las relaciones interpersonales.<sup>1,6,8</sup>

Los pacientes con diagnóstico de epilepsia del lóbulo temporal, se les percibe lentos, metódicos, circunstanciales e irritables, pedantes, obstinados, dados a la hipocondría y prácticamente incapaces de cambiar el tema de conversación. Algunos de éstos rasgos se han agrupado en lo que se denomina el síndrome de Geschwind asociado a la epilepsia del lóbulo temporal<sup>9, 10</sup>. Estos rasgos de personalidad coinciden con los descritos en la historia clínica de los pacientes expuestos.

En ambos pacientes encontramos alteraciones electroencefalográficas (EEG), no obstante, es frecuente la normalización del registro EEG coincidente con la aparición de síntomas psicóticos, proceso conocido como "normalización forzada". Es decir, mientras no se objetivan alteraciones en el estado mental del sujeto, se pueden detectar alteraciones en el EEG, las cuales desaparecen al aparecer la sintomatología psicótica<sup>10</sup>.

El psiquiatra debe tener en cuenta en aquellos cuadros psicóticos atípicos, resistentes a tratamiento o con empeoramiento sintomático a la medicación anti-psicótica, el diagnóstico de epilepsia del lóbulo temporal<sup>4,9,10</sup>. En estos pacientes la estadía en sala fue prolongada por la lenta respuesta a la medicación antipsicótica. La sintomatología descrita por la literatura incluye una combinación heterogénea de alucinaciones (las visuales suelen ser más frecuentes que las auditivas), ideas delirantes (por ejemplo, megalomaniacas, místicas y paranoides), cambios en el estado de ánimo (por ejemplo, manía, depresión o estados

mixtos), conducta violenta y agresividad. Estos síntomas se corresponden con los encontrados en los pacientes presentados.

En el caso 1 se trata de una psicosis interictal, puesto que se instala después de la epilepsia y no guarda relación con las crisis. En el caso 2, se trata de una psicosis periictal, puesto que los síntomas psicóticos, guardan relación con las crisis epilépticas.

#### Bibliografía:

1. Caro MM. Psicosis epiléptica y calidad de vida. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Ene 17]; 18(6): 1125-1132. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000600019&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000600019&lng=es).
2. Ortiz B, Naranjo LF, Cornejo JW, Solarte RA. Características clínicas, electroencefalográficas e imagenológicas de adultos con epilepsia del lóbulo temporal del Programa de Epilepsia de la Universidad de Antioquia: Estudio descriptivo-retrospectivo en Medellín 2008-2012. Acta Neurol Colomb. [Internet]. 2017 Dec [citado 2018 Jan 17]; 33(4): 214-218. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87482017000400214&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482017000400214&lng=en). <http://dx.doi.org/10.22379/24224022159>.
3. Zaldívar M, Morales L, Báez M. Afectividad y memoria subjetiva en pacientes con Epilepsia del Lóbulo Temporal Medial tratable. Medisur. [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Ene 17]; 12(6). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v12n6/ms08612.pdf>.
4. Téllez-Zenteno JF, Ladino LD. Epilepsia temporal: aspectos clínicos, diagnósticos y de tratamiento. Rev Neurol 2013;56: 229-42.
5. Bender JE, Hernández L, Rodríguez L, Menéndez K. Psychiatric disorders associated to the epilepsy. Rev haban cienc méd [Internet]. 2016 Dic [citado 2018 Ene 17]; 15(6): 890-905. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000600005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600005&lng=es).
6. Garmendia A. Presentación de un caso de epilepsia y psicosis en el servicio de admisión de un hospital neuropsiquiátrico. Facultad de humanidades y ciencias sociales. Trabajo final de integración. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://dspace.palermo.edu:8443/xmlui/bitstream/handle/10226/1257/Garmendia,%20Agustina.pdf?sequence=3>
7. Burneo, JG, Mayor, IC, Quijano, CA. Psiquiatría y Epilepsia. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 2005;68(1-2):83-92. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036926008>
8. González S, Llanes Y, Oliva I, Valenti J. Principales Trastornos Psiquiátricos y psicosociales en pacientes adultos con epilepsia residentes en La Habana. Rev hosp Psiqu Habana. [Internet]. 2015 [citado 2018 Ene 17]; 12(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhosp/psihab/hph-2015/hph151d.pdf>
9. Krauskopk V, De la Barra F. Trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia. Rev Med Clin Las Condes. [Internet]. 2013 Nov [citado 2018 Ene 17]; 24(6): 979-985. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/brain/aww196>.
10. Perlado FL, Conde M, Caminero MV, Baraiazarra J. La psicosis de la epilepsia: Presentación de un caso clínico y revisión de

la literatura. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.  
[Internet]. 2013 abr-jun. 33 (118). Disponible  
en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000200010>