

Psicosis en Epilépticos

Dr. Dagoberto Espinoza M.

Como vamos a mencionar el vocablo psicosis en repetidas ocasiones, con- vendrá aclarar su significado. A. Porot y J. M. Sutter definen esta palabra en la siguiente forma: "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.

A pesar de que en 1932 el Dr. Sackel introdujo el shock insulínico en la terapia de las psicosis esquizofrénicas, no fue sino hasta dos años más tarde que Meduna, pensando en factores excluyentes entre epilepsia y esquizofrenia, introduce el shock cardiazólico. El electroshock es introducido hasta 1938 por Cerletti y Bini. Hasta cuando se utiliza la convulsivo terapia con una base empírica, es que se piensa en la incompatibilidad entre epilepsia y esquizofrenia, mérito que cabe, como ya dijimos a Meduna.

¿Pero tenía razón este autor? O, mejor dicho, lo que sustentó este autor en 1934 puede mantenerse hoy día, sin correr el riesgo en incurrir en error.

En 1963 Slater y Col. 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 confusionales recurrentes y una delusión de tipo paranoide. Beard, citado por Henderson, haciendo una correlación clínico-electroencefalográfica, encontró que de 69 pacientes examinados, 80% tenían evidencia de lo que él llama "Epilepsia de lóbulo temporal". La lesión más común fue un proceso atro- nco. 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 llamó la atención sobre un paciente que durante un registro electroencefalográfico presentó una crisis psicótica. El EEG inicial presentaba series bilaterales sincrónicas de 1-2 1/2 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

*) Médico del Hospital Neuropsiquiátrico - Unidad de Agudos.
Profesor de Psiquiatría, Facultad de Medicina, UNAH.

antes de la medicación anticonvulsiva, se volvió tenso, malhumorado, abúlico y muy desconfiado.

Tellenbach de Heidelberg, estudió doce (12) casos, en los cuales, después de una normalización medicamentosa del EEG, se presentaron síntomas paranoides. Con la suspensión de los medicamentos logró una remisión de la psicosis. Al instituir la nuevamente aparecieron señales de normalización del EEG, pero ya con nuevos episodios psicóticos. A esto se le ha denominado 'síndrome de la normalización forzada de! EEG.

En la Sala de Varones del Hospital Neuro-Psiquiátrico, he tenido la oportunidad de ver varios pacientes que presentan una sintomatología muy similar a la descrita por los autores citados.

He aquí el caso de un paciente de 31 años, con historia de crisis convulsivas de tipo Gran Mal, interno en el Hospital desde 1964. Recibe terapia anticonvulsiva a base de Epamín y Fenobarbital.

Según colegas y cuerpo de enfermería, este paciente se mantiene aislado por presentar episodios psicóticos.

El día 9 de julio de 1970, entrevisté por primera vez a este paciente lo encontré tranquilo; mencionaba un parlante que le estaba anunciando la Malagueña y la Virgen de Suyapa. Su lenguaje en esa ocasión era disgregado. El día 15 del mismo mes hablé nuevamente con el paciente, quien se mostró a veces afectuoso, a veces agresivo. Refiere que en su celda oyó la voz de otro paciente, que está en una celda contigua, quien le decía a través de una bocina que supuestamente estaría instalada en otro recinto, que no aceptara la alimentación. Luego agrega: "Este paciente no quiere que yo coma, para hacerme daño". Cuando le pregunté por qué estaba tan agresivo conmigo, me dijo: "Doctor, creo que no podemos ser amigos, pues la amistad debe ser sincera. Usted tiene interés en una enfermera y esa enfermera ya ha sido mía desde antes y por lo tanto yo tengo más derecho a tenerla".

Al día siguiente volví a hablar con el paciente; él comienza la plática con estas palabras: "Doctor: ayer oí la voz suya por un parlante. Creo que en una mala hora puede pasar algo, usted tiene ganas de andar con esa enfermera". El paciente se vuelve tenso, sus ojos brillan y al mismo tiempo enmudece. En vista de su agresividad suspendimos la entrevista.

Pero llamar a la psicosis epiléptica "esquizofrenia sintomática", es ir más allá de los hechos clínicos, y puede entorpecer la diferenciación entre psicosis epiléptica y esquizofrénica y por lo tanto, también su tratamiento.

¿Será posible que la semejanza de estas dos (2) psicosis sea simplemente el producto del corte transversal y no longitudinal que de ella hacemos? No podemos pasar inadvertidos los siguientes hechos: Mientras la psicosis epiléptica presenta períodos recurrentes de confusión y a veces de lucidez y conservan hasta cierto grado la esfera afectiva, no se puede decir lo mismo de la esquizofrenia. Además en la esquizofrenia no se encuentran hallazgos electroencefalográficos específicos.

Tellenbach, refiriéndose al problema anterior dice: "La vieja pregunta de si los fenómenos esquizofrénicos en epilépticos son episodios en una casual coexistencia de dos (2) enfermedades, o son el contexto de un origen patogénico común, ha venido a cobrar actualidad".

La tendencia a la unidad clínica que prevalece en el espíritu médico, nos obliga a preguntarnos si se trata de una sola entidad nosológica o si, por el contrario, son dos entidades que coexisten.

En contra de la posibilidad de asimilar al concepto de esquizofrenia las psicosis epilépticas, están los siguientes hechos:

- a) El promedio de la carga hereditaria es igual que la de la población, general (menos del 1%), mientras que para los hermanos de esquizofrénicos el riesgo se eleva a 14%; el riesgo para los hijos de esquizofrénicos es de 16%. La concordancia entre gemelos univitelinos es de 86%.
- b) No se observó en los pacientes estudiados una personalidad premórbida tipo esquizoide.
- c) Su tipología fue indiferente.
- d) La epilepsia precedió (14 años como promedio) a los trastornos psicóticos.
- e) Los resultados electroencefalográficos fueron positivos en un 80%.

Si algunos autores han llamado a estos cuadros clínicos, "psicosis paranoide sintomática", otros han contrapuesto la siguiente expresión: "Estas psicosis son esquizofrénicas en su forma pero no en su etiología".

Si estos pacientes no han sido también esquizofrénicos, han sido simplemente epilépticos. ¿Son epilépticos que se vuelven psicóticos? ¿Entonces a qué tipo y a que forma de curso corresponden? Si en gran número de ellos se diagnosticó una epilepsia temporal, ¿es esta una condición para la aparición de crisis psicótica? Luego ¿sería esto indicativo de que tenemos que pensar, indagar y demostrar de que el lóbulo temporal es o no asiento de la psicosis, inclusive las esquizofrénicas?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—BELLACK, L.: Esquizofrenia 1962.
- 2.—BENTE, D.: Episodische Psychosen in Rahmen der Epilepsie. Das Arztliche Gespräch 11. 1969.
- 3.—HENDERSON: Textbook of Psychiatry. 1969.
- 4.—TELLENBACH, H.: Epilepsie als Anfallsleiden und als Psychose. Der Nervenarzt-Mai 1965.