

Comorbidades psiquiátricas na epilepsia – relato de caso

Psychiatric comorbidities in epilepsy – case report

Rafael Ribeiro Santos¹, Maria Cristina Bechelany Dutra², Renato Diniz Silveira³

RESUMO

A partir de relato de caso são discutidas as intrincadas relações entre epilepsia de lobo temporal esquerdo e sintomatologia psiquiátrica, a partir de paralelos entre achados clínicos e revisão da literatura.

Palavras-chave: Epilepsia; Epilepsia do Lobo Temporal; Diagnóstico Duplo (Psiquiatria); Comportamento; Transtorno da Conduta.

¹Médico Psiquiatra. Mestrando em Neurociências, Instituto de Ciências Biológicas (ICB) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

²Médica Psiquiatra. Preceptora da Residência de Psiquiatria do Hospital de Ensino Instituto Raul Soares (FHEMIG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

³Médico Psiquiatra. Preceptor de Psiquiatria, Hospital de Ensino Instituto Raul Soares – FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

ABSTRACT

This case report discusses the intricate relations between left temporal lobe epilepsy and psychiatric symptomatology building on parallels between clinical findings and review of the literature..

Key words: *Epilepsy; Temporal Lobe Epilepsy; Double Diagnosis (Psychiatry); Behavior; Conduct Disorder.*

CASO CLÍNICO

V.O.C., 47 anos de idade, leucodermo, nascido e residente no interior de Minas Gerais, aposentado desde os 29 anos de idade, semianalfabeto.

Foi internado devido à agitação psicomotora súbita, heteroagressividade e coprolalia dirigida a familiares. À entrevista, relatava intensa alegria, mas mantinha expressão de sofrimento.

O estado mental revelava: campo de consciência estreitado, hipotenacidade e hipervigilância, logorria, prolixidade, pensamento levemente acelerado com laços associativos frouxos, conteúdo religioso proeminente, repetitivo. Apresentava-se disártrico, com fala chorosa, humor exaltado, afeto incongruente e inadequado, impulsividade moderada, *deficit* intelectual leve, crítica prejudicada.

Apresentava epilepsia desde os 25 anos de idade, de difícil controle, com crises graves e frequentes, a maioria de ausência. Eram recorrentes comportamento inadequado e agitação psicomotora, que motivaram inúmeras internações psiquiátricas. Apresentou também várias internações por *status epilepticus*. Fazia uso irregular de anticonvulsivantes.

Durante a internação, apresentou crise epiléptica com perda momentânea da consciência e queda. No período pós-ictal, seu comportamento tornou-se inadequado, com desorientação alopsíquica, além de amnésia lacunar quanto ao episódio.

Recebido em: 03/02/2010

Aprovado em: 01/06/2011

Instituição

Hospital de Ensino Instituto Raul Soares
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:

Rafael Ribeiro Santos
Rua Professor Pedro Aleixo, 496
Bairro: Belvedere
CEP: 30320-300
Belo Horizonte, MG – Brasil
Email: rafaelribeiro81@hotmail.com

Ao longo do tratamento, houve melhora progressiva dos sintomas com uso de carbamazepina 1.000 mg/dia, fenobarbital 100 mg/dia e clorpromazina 25 mg à noite. A tomografia computadorizada de crânio estava normal. O eletroencefalograma mostrou foco em lobo temporal esquerdo.

À alta apresentava-se eufímico, com afeto ainda inadequado, pensamento com conteúdo religioso sobrevalorizado e crítica melhorada. Ainda impulsivo, com certa incontinência afetiva, viscosidade, sexualidade inadequada, comportamento excessivamente emotivo e passivo.

Os diagnósticos estabelecidos foram de: epilepsia focal com generalização secundária, foco em lobo temporal esquerdo; transtorno mental devido à doença física; retardo mental leve.

DISCUSSÃO

A interface entre psiquiatria e epilepsia tem sido campo de pesquisa desde os primórdios da Medicina. A epilepsia acarreta mudanças cognitivas e comportamentais com frequência, além de associar-se a vários transtornos psiquiátricos. Há relatos e descrições clássicas de entidades psicopatológicas que correlacionam a epilepsia a manifestações psiquiátricas específicas ou a certas características da personalidade.¹⁻³ Existe alta prevalência e risco de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em pacientes epiléticos, seja por dano neuronal repetido, seja pelo caráter crônico e limitante desta doença neurológica.⁴

As comorbidades envolvendo psiquiatria e epilepsia mais comumente descritas são as psicoses, transtornos de ansiedade e do humor, bem como transtornos de personalidade e problemas comportamentais. Alterações psicopatológicas em pacientes epiléticos são mais evidentes quando comparados a um grupo-controle e a doentes crônicos não neurológicos.⁵ Essas condições psiquiátricas podem ser peri-ictais (nos pródromos, período ictal ou pós-ictal) ou interictais. Os riscos de transtornos psiquiátricos na epilepsia parecem se dividir em fatores neuronais, fatores não neuronais e fatores relacionados ao tratamento. Os fatores neuronais explicam grande parte das psicoses, enquanto os não neuronais estão ligados aos transtornos de humor.⁶

Estudo populacional de 35 anos de seguimento evidenciou risco aumentado quatro vezes para doenças psiquiátricas em epiléticos, independentemente

do uso de medicação anticonvulsivante. Outros estudos, entretanto, não encontraram diferenças significativas nesse risco ou acharam riscos aumentados, mas comparáveis a outras doenças crônicas.⁷ Entre os estudos de populações selecionadas, os pacientes com epilepsia de lobo temporal (ELT) apresentaram elevado risco de comorbidades psiquiátricas quando comparados à epilepsia generalizada primária (60 e 37%, respectivamente).⁸

A ELT está associada a alto número de transtornos psiquiátricos, principalmente os de humor, por sua relação com o sistema límbico, regulador do comportamento afetivo e emocional. A “síndrome de Geschwind-Waxman” era definida por circunstancialidade, grande preocupação com temas de caráter moral, ético, filosófico ou religioso, hipossexualidade e irritabilidade.⁹ Atualmente, aventa-se a possibilidade dessas alterações decorrerem de aprofundamento das respostas emocionais com função intelectual preservada, fatores psicológicos pessoais e ambientais e anormalidades congênitas ou do desenvolvimento. Distúrbios no hemisfério não dominante levam à mudança da função do lado dominante e alteração do volume de escrita e fala.¹⁰

Pacientes com ELT apresentam algumas características específicas depressivas, com curso flutuante e apresentação pleomórfica. O termo “transtorno disfórico interictal” (TDI) descreve essa síndrome, que deve abranger três dos seguintes: humor deprimido, anergia, dor, insônia (sintomas depressivo-somatoformes), ansiedade, irritabilidade, medo e humor eufórico (sintomas afetivos). Duram horas a alguns dias. Em 40% dos pacientes epiléticos que procuram atendimento médico há benefício no tratamento farmacológico para TDI.¹¹ Há também elevada prevalência de alterações de personalidade nesse grupo que não caracterizam algum transtorno descrito nos manuais contemporâneos. Foi desenvolvida uma escala para avaliar esses traços de personalidade (Bear-Fedio Inventory – BFI). São 18 itens que tentam caracterizar traços de personalidade que resultam de alterações límbicas e sensoriais e que já haviam sido descritos antes na literatura. São eles: viscosidade, sobriedade ou falta de senso de humor, tristeza, raiva, agressividade, interesse sexual alterado, circunstancialidade, paranoia, culpa, hiper-religiosidade, sentimento de predestinação, hipergrafia, interesse filosófico, elação, emocionalidade exacerbada, passividade e dependência, obsessividade e hipermoralismo. Pacientes com ELT diferiram dos controles neurológicos e dos normais

nos itens circunstancialidade, falta de senso de humor, dependência e sentimento de predestinação¹²

Além da depressão ser o transtorno mais comum na epilepsia, a mania e a hipomania podem também estar presentes. O transtorno bipolar interictal associado à epilepsia poderia ser explicado pelo *kindling*, fenômeno em que estímulos elétricos ou químicos neuronais subliminares repetidos acabam por desencadear epilepsia mesmo sem o estímulo presente.¹³

As psicoses são comuns em pacientes epiléticos. Foram relatados, há mais de 100 anos, três tipos de transtornos mentais entre os epiléticos: alterações súbitas e transitórias após uma ou mais crises, enfermidades mais duradouras após várias crises sucessivas e deterioração persistente (imbecilidade) após meses ou anos de crises repetidas. A psicose na epilepsia é categorizada em psicose ictal, pós-ictal, interictal (crônica) e após normalização forçada do EEG. Na psicose ictal, há ilusões ou alucinações visuais ou auditivas, combinadas a mudanças afetivas, como agitação, medo ou paranoia, sendo um quadro raro. A psicose pós-ictal é definida pela presença de alucinações, delírios ou anormalidades grosseiras de comportamento ou afeto até sete dias após a crise. As alterações de humor são as mais prevalentes no quadro. A psicose deve ocorrer dentro de uma semana após a crise. Sua duração deve ser de mais de 15 horas e de menos de três meses. As manifestações clínicas caracterizam-se, ainda, por delírios, alucinações com consciência clara, comportamento desorganizado, alterações formais do pensamento ou mudanças afetivas. Não podem estar relacionados à toxicidade por anticonvulsivantes, traumatismo crânio-encefálico, uso ou abstinência de substâncias. São comumente identificados humor deprimido ou sintomas maníacos, como megalomania, hiper-religiosidade, irritabilidade, agressividade e experiências alucinatórias. Inicia-se em duas a 48 horas após a crise epilética, com intervalo de normalidade.¹⁴

A relevância deste relato de caso concentra-se na frequência de subdiagnósticos e subtratamento de pacientes epiléticos em serviços psiquiátricos. O reconhecimento da psicopatologia própria e o tratamento adequado da epilepsia acarretariam mais controle e menos morbidade para esses pacientes.

O caso descrito contém diversos elementos que fazem referência às manifestações relatadas, tanto no período ictal quanto no pós-ictal. A agitação, os estados afetivos inapropriados, as alterações de pensamento e as ideias sobrevaloradas religiosas

são exemplo dessas alterações. Tampouco se pode excluir a hipótese de que uma crise epilética tenha antecedido sua internação e causado a sintomatologia observada (psicose ictal ou pós-ictal).

Essas graves alterações de comportamento tendem a se agravar pelas múltiplas crises epiléticas. Neste relato houve agravamento indiscutível com o tempo, na medida em que suas crises não eram adequadamente tratadas e repetiam-se incessantemente, ocasionando diversas internações.

É possível inferir também que esse paciente apresentou o desenvolvimento de sua personalidade calcado na presença concomitante de uma base orgânica epilética e de um déficit intelectual. Diversas características atribuídas à “personalidade epilética” estão presentes, entre elas podem-se destacar a viscosidade, a raiva, a agressividade, o interesse sexual alterado, a circunstancialidade, a hiper-religiosidade, o hipermoralismo, o sentimento de predestinação, a elação, a emocionalidade exacerbada, a passividade e a dependência.

Embora sejam necessários estudos que possam clarear ainda mais a correlação entre transtornos psiquiátricos e epilepsia, é indiscutível que se encontra com certa frequência pacientes epiléticos no cotidiano, hospitalar ou ambulatorial e sem dúvida deve-se ficar atentos para as diversas possibilidades dessa intrincada relação.

REFERÊNCIAS

1. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manual de psiquiatria. 5ª ed. São Paulo: Masson; 1981.
2. Alonso-Fernández F. Fundamentos de la psiquiatria actual. 3ª ed. Madrid: Editorial Paz Montalvo; 1976.
3. Jaspers K. Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia. 8ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
4. Swinkels WAM, Kuyk J, Van Dyck R, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2005; 7:37-50.
5. Gaitatzis A, Trimble MR, Sander JW. The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurol Scand.* 2004; 110:207-20.
6. Hermann BP, Whitman S. Behavioral and personality correlates of epilepsy: a review, methodological critique and conceptual model. *Psychol Bull.* 1984; 95:451-97.
7. Jalava M, Sillanpää M. Concurrent illnesses in adults with childhood onset epilepsy: a population based 35 year follow-up study. *Epilepsia.* 1996; 37:1155-63.
8. Edeh J, Toone B. Relationship between interictal psychopathology and the type of epilepsy. Results of a survey in general practice. *Br J Psychiatry.* 1987; 151:95-101.

9. Waxman SG, Geschwind N. Hypergraphia in temporal lobe epilepsy. *Neurology*. 1974; 24: 629-36.
 10. Trevisol-Bittencourt PC, Troiano AR. Síndrome de Personalidade interictal na epilepsia do lobo temporal não-dominante: relato de caso. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2000; 58(2B):548-55.
 11. Blumer D, Montouris G, Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1995; 7:445-6.
 12. Bear DM, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol*. 1977; 34:454-67.
 13. Kairalla IC, Bressan RA, Mari JJ. Epilepsia, depressão e transtornos do humor. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2004; 10(2):59-63.
 14. Nadkarni S, Arnedo V, Devinsky O. Psychosis in epilepsy patients. *Epilepsia*. 2007; 48(Suppl 2):17-9.
-