

Las psicosis epilépticas se presentan en individuos que tienen crisis epilépticas clínicas, por lo tanto se excluyen pacientes que tienen características de personalidad con crisis semejantes a epilepsia, y a aquellos con alteraciones electroencefalográficas sin crisis clínicas. Aproximadamente el 7% de los epilépticos presenta en algún momento un cuadro psicótico.

Clasificación

Las psicosis epilépticas no son mencionadas en el manual DSM-IV y aparecen en el CIE-10 bajo el capítulo de “trastornos mentales orgánicos asociados a ideas delirantes orgánicas” (esquizofreniforme). También aparecen mencionadas como “trastornos mentales debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática”.

En el presente artículo se propone una clasificación de las psicosis epilépticas que relaciona directamente las crisis epilépticas con los episodios psicóticos, con la finalidad de obtener una vinculación entre epilepsia y la psicopatología que presentan los epilépticos.

I. Estados psicóticos con alteración de conciencia.

1. Psicosis postictales.
2. Psicosis ictales.
 - a. Status de ausencias
 - b. Status de crisis parciales-complejas

II. Estados psicóticos sin alteración de conciencia.

1. Psicosis episódicas.
 - a. Estados maníacos o depresivos.
 - b. Psicosis alternantes.
2. Psicosis crónicas.
 - a. Psicosis paranoídeas.
 - b. Psicosis esquizomorfas.

III. Estados psicóticos no clasificables.

Las psicosis con alteración de conciencia son más frecuentes que las psicosis lúcidas. En la presentación postictal el cuadro clínico está en relación con un aumento en el número de crisis de tipo generalizadas, o bien de comienzo focal con generalización secundaria. En general son de corta duración (días o semanas). La presentación ictal representa a la crisis epiléptica misma y se da en forma de status de ausencia o de crisis parciales complejas.

Los cuadros psicóticos sin alteración de conciencia son insidiosos y pueden durar meses o años. Los de tipo episódico deben distinguirse de auténticas psicosis manícodepresivas o personalidades ciclotímicas. En la variedad alternante los cuadros surgen en concomitancia con un cambio en la dinámica de las crisis epilépticas, existiendo una disminución de ellas mientras está presente el episodio psicótico.

Para considerar crónica una psicosis, se ha establecido un límite arbitrario de un año en que el paciente presenta síntomas. La experiencia muestra que pese a los tratamientos estos cuadros tienden a permanecer constantes. Las psicosis esquizomorfas conforman un grupo de pacientes de “aspecto”, “parecido” o “semejante” a la esquizofrenia, pero cuya psicopatología es diferenciable de las auténticas esquizofrenias.

Por último, existen estados crepusculares no relacionados con la crisis epiléptica, así como cuadros psicóticos de presentación interictal correspondiendo a cualquier episodio que ocurre entre crisis, pese que se hayan manifestado con meses o años de anticipación.

Tratamiento

Los pacientes con una psicosis confusa deben hospitalizarse debido a los severos desajustes conductuales y peligro de auto o heteroagresión

que acompañan al síndrome de alteración de conciencia, presente en este tipo de psicosis . Una vez internado debe adecuarse el tipo y dosis de anticonvulsivante apropiado para las crisis, sean estas focales o generalizadas.

Para el manejo de la sintomatología psicótica se utilizan antipsicóticos, teniendo en consideración que estos en su mayoría disminuyen el umbral convulsivante.

Las psicosis epilépticas lúcidas presentan características clínicas que plantean un desafío para el clínico, debido a que un grupo de ellas mostrará un patrón de alternancia entre crisis y psicosis. De este modo se instauran dos momentos con terapias diferentes para cada uno de ellos. Durante la psicosis es necesario hospitalizar al paciente. Una vez controlado el episodio psicótico, el uso racional de anticonvulsivantes y eventualmente antipsicóticos en bajas dosis por períodos prolongados de tiempo, producirá una reducción de las crisis epilépticas y de la sintomatología.

*.Johnny Blecher G.
Residente Psiquiatría.
Apuntes para uso exclusivo de docencia.
Departamento de Psiquiatría Sur.
Universidad de Chile.
2008.*