

Psicosis esquizofreniforme tras cirugía de epilepsia. Un caso del fenómeno de normalización forzada

D'ALESSIO, L.* y KOCHEN, S.**

* Hospital J. T. Borda. ** Centro de Epilepsia. División Neurología. Hospital «R. Mejía». Facultad de Medicina. UBA. CONICET. Buenos Aires (Argentina).

Esquizofreniform psychosis after epilepsy surgery. A case of forced normalization phenomena

Resumen

El presente trata acerca de un caso de desarrollo de psicosis como complicación de la cirugía de la epilepsia (lobectomía temporal anterior). Se realizaron evaluaciones psiquiátricas, pre y post cirugía, según criterios diagnóstico del DSM IV. La paciente desarrolló un cuadro alucinatorio-delirante de evolución subaguda, en forma simultánea a la curación de sus crisis epilépticas. Esta relación inversa entre ambas patologías constituye un ejemplo de psicosis alternativa o fenómeno de normalización forzada secundario al tratamiento quirúrgico. Este ejemplo clínico nos acerca a la tan controvertida relación existente entre la epilepsia del lóbulo temporal y la psicosis.

Palabras clave: Psicosis esquizofreniforme. Cirugía de la epilepsia. Normalización forzada.

Summary

The present case report is about the development of a schizophreniform psychosis after epilepsy surgery (anterior temporal lobectomy). This adverse event was the novel, in a patient without a history of previous psychosis.

This case has been studied pre and post-surgery, and have been used the DSM IV diagnosis criteria. The patient developed a subacute hallucinatory-delusion syndrome, while seizures disappeared. This inverse relationship is an example of alternative psychosis or forced normalization after surgery treatment. This clinic example may us think about the controversial relationship between temporal epilepsy and psychosis.

Key words: Schizophreniform psychoses. Epilepsy surgery. Forced normalization.

La lobectomía anterior del lóbulo temporal constituye un tratamiento eficaz en las epilepsias del lóbulo temporal refractarias al tratamiento médico. Una de las complicaciones más temidas es el desarrollo de psicosis. Esta complicación ocurre con más frecuencia en pacientes con antecedentes de episodios previos, pero también puede ocurrir en pacientes sin antecedentes de patología psiquiátrica, lo que constituye la denominada psicosis de novo (1-5).

A continuación presentamos un caso de una paciente mujer, diestra, con epilepsia parcial refractaria al tratamiento médico, localizada en el lóbulo temporal, con esclerosis hipocampal derecha y lesión expansiva uncoamigdalina homolateral (patología dual), identificadas por RMN. Fue evaluada con el protocolo de cirugía de la epilepsia del CME (6). La cirugía se realizó con éxito, desapareciendo las crisis epilépticas en forma total. Aproximadamente al mes de la intervención desarrolló síntomas psiquiátricos compatibles con una psicosis aguda (síndrome delirante alucinatorio de evolución aguda).

MÉTODOS

Se confeccionó una historia clínica completa, con los estudios complementarios correspondientes: EEG interictal, video-EEG, RMN de cerebro, y evaluaciones neuropsicológicas. Se recogieron los antecedentes personales y de la enfermedad actual. Se mantuvieron entrevistas con la familia de la paciente para tal fin. Se realizaron evaluaciones psiquiátricas prequirúrgicas y postquirúrgicas. Los diagnósticos psiquiátricos se realizaron según los criterios del DSM IV, y según los criterios de Demetrio Barcia para definir a las psicosis cicloides (7).

HISTORIA CLÍNICA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Mujer de 38 años con crisis parciales complejas de frecuencia diaria. Epilepsia desde los ocho años de edad.

Antecedentes psicopatológicos y psiquiátricos: Dificultad en el aprendizaje y en las relaciones interpersonales, rasgos esquizoides de la personalidad.

Evaluación neuropsicológica: Fluencia verbal baja, perseveraciones y estereotipias del lenguaje, déficit en la memoria verbal y visual.

Fue intervenida quirúrgicamente el 22 de marzo de 1999.

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA PREQUIRÚRGICA

Paciente con conciencia de enfermedad neurológica. Sin alteraciones en la timia (actitud optimista frente la cirugía con cierta puerilidad), ni en la voluntad. Pensamiento con estereotipias y perseveraciones abundantes, circunstancialidad excesiva e iteración de monosílabos y frases cortas, coherentes, durante su discurso. No presentaba antecedentes de trastornos psiquiátricos en eje 1.

EVALUACIÓN POSQUIRÚRGICA (AL MES Y MEDIO DE LA INTERVENCIÓN)

La paciente se presentó con cambios evidentes en su actitud durante la entrevista. Se mostraba preocupada y angustiada, con postura de retraimiento (en flexión). Presentaba abundantes quejas somáticas y psicológicas: «sensación de estar traumatizada, hinchada, mareos, tristeza, desgano, emociones negativas, miedo e inseguridad». Refería «auras», dolor de estómago y ruiditos que duraban toda una noche». Interpretaciones delirantes, «es el ruido de un aparatito que poseen sus padres para probar si se olvida las cosas». Alucinaciones verbales: «un hombre malo que le hablaba de cosas negativas el día que le realizaron la RMN post-quirúrgica», «ya no puede escuchar la radio porque recibe mensajes y es discriminada». Alucinaciones cenestésicas y vivencias de transformación corporal acompañadas de una intensa hipertimia displacentera. Los datos aportados por la madre concluyen en que estos cambios de conducta se presentaron a posteriori de realizada la cirugía, tres a cuatro semanas aproximadamente.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA Y DESCRIPCIÓN SINDROMÁTICA

La paciente presentó un síndrome delirante polimorfo, no bien sistematizado, de evolución aguda, de mecanismo predominantemente alucinatorio, con alucinaciones auditivas y cenestésicas, acompañada de un afecto predominantemente disfórico y melancólico, ideas hipcondríacas y de perjuicio, que influyen negativamente en la voluntad, con propositividad vital conservada. De acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM IV, el cuadro entraría dentro del grupo de trastornos psicóticos debidos a enfermedad médica (lobectomía temporal derecha,

epilepsia refractaria al tratamiento médico), y desde un punto de vista descriptivo correspondería a un trastorno esquizofreniforme (8). De acuerdo a Barcia, el cuadro psicótico de nuestra paciente podría entrar dentro de la clasificación de psicosis cicloides, formas de psicosis agudas asociadas con la epilepsia (7). En el eje II, la paciente presenta debilidad mental leve, siendo el resultado del Wais el siguiente: CI total: 76, CI verbal: 80, CI de ejecución: 74. El cuadro psicótico de la paciente lo hemos clasificado según la literatura, como una psicosis de novo post-lobectomía derecha. El término de novo se aplica para diferenciarlas de los cuadros postquirúrgicos con antecedentes previos de psicosis.

DISCUSIÓN

El desarrollo de psicosis como complicación de la cirugía de la epilepsia, tras la ablación de un foco temporal en la ELT refractaria, se presenta con una prevalencia que oscila en un rango variable del 3% al 28% (9). Los datos epidemiológicos de esta asociación difieren ampliamente de acuerdo a la época. Las revisiones realizadas antes de 1991 indican una incidencia promedio del 7,3%, mientras que los informes más recientes hablan de una incidencia menor (4%) (3, 5, 10). Los antecedentes de psicosis post-ictal o patología psiquiátrica relacionada parecerían jugar un papel poco relevante en el valor predictivo de esta complicación. En las series de Jenssen y Larsen, del total de pacientes que habían desarrollado psicosis postquirúrgica, el 15% presentaban antecedentes de psicosis, mientras que el 12,3% carecían de estos antecedentes (11).

Según el tiempo de instauración de la sintomatología psicótica luego de la cirugía, y la respuesta de las crisis epilépticas al tratamiento quirúrgico, se describen dos grupos: las de inicio temprano, asociados a una disminución o desaparición de las crisis epilépticas luego de la cirugía, y los de inicio tardío, que continúan con crisis epilépticas (5). En el primer caso, que corresponde al de nuestra paciente, se puede observar una relación antagónica entre la desaparición de las crisis epilépticas y el desarrollo simultáneo de una psicosis. Esta relación antagónica se asemeja al fenómeno de «normalización forzada del EEG», modelo teórico que describió Landlot en 1953 (12), al observar en un grupo de pacientes con episodios psicóticos la normalización de el EEG previamente alterado. Más adelante, Tellembach en 1965 crea el término de psicosis alternativa, para referirse a la contrapartida clínica del fenómeno eléctrico (13). Los mecanismos fisiopatológicos subyacentes de este fenómeno permanecen inciertos y existen opiniones controvertidas.

Algunas teorías se basan en los estudios realizados en pacientes con aparición de psicosis de novo tras el control psicofarmacológico de las crisis. Palkanis et al (13) postulan que el exceso de descargas de la corteza temporal, durante las crisis epilépticas, ejercerían una función inhibitoria sobre las estructuras límbicas (amígdala), por lo que secundario al control de las crisis por efecto

terapéutico, se produciría una desinhibición límbica responsable de los cambios agudos de la conducta con componente afectivo (psicosis afectiva) (13). Algo análogo podría haber ocurrido con nuestra paciente.

El efecto del kindling, propuesto por Goddard en 1969 como modelo experimental de la epilepsia (14), permite explicar también el desarrollo de una psicosis crónica en un paciente epiléptico. Este modelo experimental, a pesar de las limitaciones que tiene por haber sido realizado en animales, ha sido utilizado para explicar la posibilidad de que exista una propagación de la actividad ictal a distancia, desde el foco epileptógeno a otras zonas del SNC, provocando alteraciones de lenta evolución, que se pueden manifestar clínicamente como alteraciones conductuales psicóticas (15, 16). Estudios realizados en animales probaron que el kindling en el sistema mesolímbico mesencefálico provoca cambios de conducta extrapolables a la psicosis (13).

La psicosis como complicación neuroquirúrgica, parecería ser más frecuente en los pacientes lobectomizados del lado derecho, resulta curioso observar que entre los pacientes con epilepsia refractaria no candidatos a la cirugía, es más frecuente la presencia de cuadros psicóticos cuando el foco se halla en el lóbulo temporal izquierdo (4, 5, 9, 10, 15, 17).

Las características clínicas del cuadro psicótico en nuestra paciente fueron alucinaciones, ideación delirante paranoide y estado de ánimo depresivo, forma clínica que ya ha sido descrita entre los casos de psicosis de novo post-lobectomía (9).

Las manifestaciones clínicas de las crisis parciales complejas, como ser alucinaciones, ilusiones del recuerdo, despersonalización, se asemejan a los síntomas positivos de las psicosis pero se diferencian porque en la epilepsia son de corta duración (minutos), estereotipadas, y con normal juicio de realidad (prueba de realidad conservada).

Resulta interesante remarcar que algunos de los síntomas positivos de la psicosis en la paciente estudiada, se asemejan a la sintomatología de las crisis epilépticas que padecía previamente.

La evolución de la psicosis en esta paciente, luego de un tratamiento psicofarmacológico, con dosis bajas de neurolépticos incisivos y psicoterapia de apoyo, fue buena, con remisión de la sintomatología psicótica, rectificación de la ideación delirante y desaparición completa de los fenómenos sensorio-perceptivos. La suspensión del tratamiento provocó una recidiva de la sintomatología, por lo que se debió reinstaurar el tratamiento psicofarmacológico, con buena respuesta. Se requerirá un mayor tiempo de seguimiento para poder hacer inferencias acerca de la evolución a largo plazo de la sintomatología psiquiátrica (psicosis crónica con buena respuesta al tratamiento, o psicosis aguda recidivante). Estos resultados concuerdan con la descripción realizada por otros autores, que postulan una mejor evolución en comparación con las psicosis idiopáticas (9, 18-21).

Se han considerado factores de riesgo para el desarrollo de psicosis como complicación neuroquirúrgica la la-

teralización del foco reseado, siendo más frecuentes en los derechos, y la presencia de tejido anómalo que implique una alteración en la diferenciación celular, gangliogliomas o hamartomas (anomalía del neurodesarrollo) (2, 11, 21-23). De acuerdo a las imágenes obtenidas por resonancia magnética la paciente presentaba patología dual: esclerosis mesial derecha asociada a lesión uncoamigdalina homolateral (posible lesión del neurodesarrollo). Por problemas técnicos no nos fue posible recuperar el material obtenido tras la resección quirúrgica.

CONCLUSIONES

La psicosis constituye una de las complicaciones más graves de la cirugía de la epilepsia refractaria. Hasta la fecha no contamos con estudios suficientes que permitan predecir qué pacientes desarrollarán una complicación con estas características. Probablemente en futuros trabajos sobre el tema se logre reconocer factores de riesgo que permitan predecir con mayor certeza esta complicación. El control psiquiátrico posterior a la cirugía posibilita el diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento psicofarmacológico adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Callender JS, Fenton GW. Psychosis following temporal lobectomy. *Seizure* 1997;6:409-11.
2. Leinonen E, Tuunainen A, Lepola U. Postoperative psychosis in epileptic patients after temporal lobectomy. *Acta Neurol Scand* 1994;90:394-9.
3. Mace CJ, Trimble MR. Psychosis following temporal lobe surgery: a report of six cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991;54:639-44.
4. Manchanda R, Miller H, McLachlan RS. Post-ictal psychosis after right temporal lobectomy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993;56:277-9.
5. Matura M. Psychosis of Epilepsy, with special reference to anterior temporal lobectomy. *Epilepsia* 1997;38:32-4.
6. Kochen S, Giagante B, Oddo S, Conslavo D, Silva Walter. Algoritmo diagnóstico en pacientes candidatos a cirugía de la Epilepsia (en prensa).
7. Barcia D. Psicosis Cicloides. 1ª ed. Madrid: Triacastela; 1998. p. 95-110.
8. *Diagnosis and statistical manual of mental disorders, DSM IV.* 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
9. Feinstein A, Ron M. A longitudinal Study of Psychosis due to a General Medical (Neurological) Condition. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998;10:448-52.
10. Trimble M. *Neuropsiquiatría: Aspectos neuropsiquiátricos de la Epilepsia.* 1ª ed. Barcelona: Editorial Limsa; 1984. p. 233-77.
11. Fenwick P, Blumer D. *Presurgical Psychiatric Assessment in Surgical Treatment of the Epilepsies.* Second edition. New York: Raven Press; 1993, p. 273-20.

12. Wolf P, Trimble M. Biological Antagonism and Epileptic Psychosis. *Br J Psychiatry* 1985;146:272-6.
13. Pakalnis A, Drake M. Forced Normalization. Acute Psychosis after seizure control in seven patients. *Arch Neurol* 1987;4:289-92.
14. Goddard GV, Mc Intyre CD. A permanent change in brain function resulting for duly electrical stimulation. *Exp Neurol* 1969;25:295-330.
15. Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications. *Epilepsia* 1999;40(Supl 10):S2-20.
16. Krishnamoorthy E, Trimble M. Forced normalization: clinical and therapeutic relevance. *Epilepsia* 1999;40(Supl 10):S57-64.
17. Sherwin I, Peron Magnan P, Bancaud J, Bonis A, Talairach J. Prevalence of Psychosis in Epilepsy as a Function of Laterality of Epileptogenic Lesion. *Arch Neurol* 1982;39:621-5.
18. Slater E, Beard W. The Schizophrenia like Psychoses of Epilepsy. *Psychiatric Aspects. Br J Psychiatry* 1963;109:95-112.
19. Pérez M, Trimble M. Epileptic Psychosis. Diagnostic Comparison with Process Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1980;137:245-9.
20. Crowe S, Kuttner M. Differences Between Schizophrenia and the Schizophrenia-like psychosis of Temporal Lobe Epilepsy. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1991;4:127-35.
21. Trimble M, Schmitz B. The Psychosis of Epilepsy in Epilepsy: A Comprehensive Textbook. En: Engel J, ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 2071-81.
23. Hyde T, Weinberger D. Seizures and Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997;23:611-22.
24. Bruton C, Janice R, Stevens J, Frith C. Epilepsy, Psychosis, and Eschizophrenia: Clinical and neurophatologic correlations. *Neurology* 1994;44:34-42.

Correspondencia:
 Luciana D'Alessio
 Libertad 396
 (1640) Martínez
 Buenos Aires (Argentina)
 E-mail: ldalessio@intramed.net