

## ¿Clínica psicótica o crisis comiciales? Consideraciones diagnósticas en la práctica clínica

Fernández-Díaz, A.; Bobadilla-Pérez, E.; Bello-Porto, J.;  
Méndez-Iglesias, R.; Menéndez-Sánchez, B.

Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

---

**Palabras clave:** psicosis, epilepsia, cenestésicas, interictal.

### Introducción

Con frecuencia nos encontramos síntomas de estirpe psicótica en pacientes epilépticos, especialmente en epilepsias de lóbulo temporal o tèmoro-límbicas, pero la relación entre la epilepsia y la psicosis es incierta. Ambos cuadros podrían ser el resultado de una patología común, la psicosis ser una consecuencia de la epilepsia o incluso que la coexistencia en el mismo paciente no tenga ninguna relación. Además los síntomas psicóticos en los pacientes epilépticos son

polimorfos, planteándonos dudas en la exploración psicopatológica.

Basándonos el caso de una paciente con una epilepsia de larga evolución, que acude al servicio de Psiquiatría por percepciones cenestésicas, realizamos una revisión bibliográfica sobre el tema, a fin de actualizar nuestro conocimiento en esta materia. También nos planteamos una discusión sobre las posibilidades de interpretación psicopatológica de sus síntomas y del origen de los mismos.

### Antecedentes personales

**Somáticos:** Hipercolesterolemia a tratamiento con Pravastatina 40 mg. Diagnosticada de Epilepsia desde la infancia, a seguimiento por el Servicio de Neurología. Estable y sin crisis tónico-clónicas desde hace al menos diez años. A tratamiento con Fenobarbital 0,15 mg al día y Carbamacepina 400 mg cada 12 horas. No hábitos tóxicos.

**Psiquiátricos:** A seguimiento en la Unidad de Salud Mental desde Marzo del 2009 hasta Mayo del 2010 por “ideaciones obsesivoides, casi delirantes” en relación con prótesis dental de la cual la paciente es portadora. Entonces se le pautaron 50 mg de Quetiapina al día, con mejoría clínica parcial.

### Antecedentes familiares

No conocidos.

### Enfermedad actual

Se trata de una mujer de 62 años de edad, independiente para las actividades basales de la vida diaria aunque es su hermana de 56 años, con la que convive, quien realiza las tareas domésticas y acompaña a todas las citas.

Tras múltiples visitas a su dentista, quien le niega en todo momento la presencia de patología odontológica alguna, la paciente retorna a la Unidad de Salud Mental en Marzo del 2012 por problemática dental similar a la que refería previamente en sus anteriores consultas, describiendo sensaciones de “aire dentro de una muela”, “desplazamiento dental que le impide morder bien”, “que la lengua se le viene hacia delante”. Actualmente refiere empeoramiento debido a mayor intensidad en dichas sensaciones. Su hermana describe niveles elevados de ansiedad en los momentos que la paciente refiere dichos síntomas.

Teniendo en cuenta la sintomatología actual así como los antecedentes descritos previamente, se prescribe medicación antipsicótica con

Olanzapina a dosis de 5 mg al día y se suspende Quetiapina 50 mg al día, mostrando la paciente una evolución clínica francamente favorable.

### Exploración psicopatológica

Consciente, orientada en las tres esferas, correcta y colaboradora. Buen aspecto personal y aseada. Se aprecia leve viscosidad al contacto. Tranquila y lúcida con un MEC de 33/35. No alteraciones en la esfera afectiva ni atencional. Lenguaje fluido y coherente, conservado en forma y volumen, que presenta un discurso reiterativo centrado en preocupaciones somáticas sobre su dentadura e interpretaciones delirantes de las mismas. Percepciones cenestésicas focalizadas en la región oral que impresionan de tipo alucinatorio. Apetito y sueño conservados. No ideación autolítica.

### Discusión

Nos planteamos dos cuestiones fundamentales:

#### 1. Consideraciones psicopatológicas:

**Alucinaciones cenestésicas:** Percepciones en ausencia de objeto real. Transición con respecto a las táctiles.

- Con relación a su extensión pueden ser:
  - *Generales:* alucinaciones referidas a toda la corporeidad.
  - *Parciales:* referidas a determinadas partes del cuerpo o a determinados órganos.
- Con relación al tamaño pueden ser:
  - *De todo el cuerpo.*
  - *De una parte.*
- Con relación al material de que está compuesto el cuerpo
- Con relación a la inclusión de cuerpos extraños.
- Con relación en la variación del número o clase de los miembros
- Mixtas: entre las *cenestésicas* y las *táctiles*.

**Interpretación delirante de crisis parcial compleja:** Los diferentes síndromes del lóbulo temporal presentan crisis parciales simples, complejas y secundariamente generalizadas. Se inician en la infancia o la juventud y se presentan en brotes, a intervalos o aleatoriamente.

**Dismorfofobia:** Preocupación por un defecto imaginario del aspecto que causa sufrimiento clínicamente significativo o interfiere en áreas importantes de la actividad diaria.

#### 2. Trastornos psicóticos asociados a la epilepsia:

Psicosis episódicas	Psicosis crónicas interictales
Sintomatología afectiva, esquizofreniforme y confusional tras crisis epilépticas.	Sintomatología semejante a Esquizofrenia
Remiten espontáneamente	Responden a antipsicóticos
Después de una crisis epiléptica y tras 12-72 h. de lucidez	Curso independiente de las crisis epilépticas
Predispone el cese abrupto de medicación antiepiléptica	Prevalencia en epilépticos 3-7% sugiere relación causal

### Conclusiones

- Consideramos que las percepciones cenestésicas de esta paciente se corresponden con alucinaciones cenestésicas parciales que se encuadran en una psicosis crónica interictal dada la naturaleza de los síntomas, el curso independiente de las crisis epilépticas y la respuesta favorable que presentó la paciente a antipsicóticos atípicos.
- Al plantearnos la relación entre ambas patologías, y tras la revisar la bibliografía existente sobre el tema, consideramos altamente probable un origen etiológico común entre la clínica psicótica y epiléptica, siendo a veces difícil de determinar, en última instancia la naturaleza del síntoma observado.
- Las posibles relaciones entre trastornos epilépticos y psiquiátricos que podemos considerar son:

1. Psicosis y crisis epilépticas: ictal, postictal, interictal.
  2. Trastornos epilépticos y psiquiátricos causados por patología cerebral común
  3. Trastornos epilépticos y psiquiátricos que coexisten en el mismo paciente pero no presentan relación causal.
- Hay que señalar también como significativo en este caso la importancia PRONÓSTICA (considerar la influencia en la evolución de un proceso al aparecer el otro) y TERAPÉUTICA (considerar la potencial comicialidad de algunos antipsicóticos y la capacidad de algunos fármacos anticomiciales de generar síntomas psicóticos). En estos casos se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos teniendo una especial precaución en la dosis y en la vigilancia de la clínica comicial.

### Bibliografía:

1. Irem Yalug, Ali Evren Tufan, Hüseyin Kutlu, Murat Alemdar. "Temporal Lobe Epilepsy and Psychosis: A Case Report"
2. Pedro E Hernández-Frau. "Psychiatric Disorders Associated With Epilepsy".
3. Asiel A, Baldor, I, García, M, González, F. "Cuadro psicótico y epilepsia a propósito de un caso".
4. Eduardo Moreno. "1º congreso virtual de Psiquiatría"
5. L. Guitiérrez Galve y M. A. Ron. "Tratado de psiquiatría".
6. Kaplan & Sadock. "Sinopsis de Psiquiatría" 10ª edición.