

Crisis de pánico y epilepsia del lóbulo temporal

Panic attacks and temporal epilepsy

Dra Avelina Pérez Bravo

Complejo Hospitalario Xeral-Cies - VIGO

Dr José Manuel Olivares Diez

Complejo Hospitalario Xeral-Cies - VIGO

Introducción

En los comienzos del siglo XIX existía todavía una gran confusión en relación con la epilepsia a la que Pinel clasificó dentro de las neurosis. La creación de asilos en este periodo va a hacer que numerosos psiquiatras se interesen por la epilepsia.

En la segunda mitad del siglo XIX la visión sobre la epilepsia de neurólogos y psiquiatras es divergente. Morel formula su teoría de la degeneración, mientras que se desarrolla también el concepto de *equivalente psíquico* de la crisis para designar fenómenos que van desde las crisis psicomotoras a los automatismos y las fugas.

La llegada del EEG introducido por Berger permite progresar en el conocimiento de la epilepsia y se conoce entonces que las consecuencias psíquicas no son las mismas según el tipo de epilepsia.

Entre los **síntomas psíquicos prodrómicos** destacan habitualmente la irritabilidad y la disforia, que aparecen en días y horas antes de la crisis y mejoran tras ésta.

Entre los **síntomas intercríticos** en adultos hemos de destacar manifestaciones reactivas de tipo regresivo, caracterial e histérico, rasgos de personalidad patológicos constituidos como estables a través del tiempo, comportamientos agresivos potenciados por el alcohol y alteraciones ansiosas o depresivas.

Dentro de los síntomas que se asocian típicamente a la epilepsia del lóbulo temporal mencionaremos la adherencia a ciertos pensamientos, la labilidad emocional con irritabilidad, la hipo-

sexualidad, el interés por problemas filosóficos o cósmicos, la hipergrafía y la agresividad.

La **ansiedad** es frecuente, apareciendo incluso días antes de la crisis. Esta ansiedad puede ser crítica, presentando entonces características de un miedo peculiar (a veces sobrenatural), acompañándose en ocasiones de sintomatología vegetativa, sensación epigástrica o alucinaciones visuales terroríficas. Es difícil de diferenciar de una crisis de pánico, que presenta también miedo injustificado, con alteraciones en la percepción del entorno. A favor de la epilepsia destacan la brevedad del acceso, su fin brutal y su aspecto estereotipado (con una secuencia cronológica constante de los distintos síntomas). El EEG puede ser normal. Puede existir también ansiedad intercrítica, ligada a la repercusión personal y social de la epilepsia.

La **depresión** es la complicación más frecuente ligada a la epilepsia, con características prodrómicas de disforia e irritabilidad que se parece a un síndrome premenstrual y puede haber ideas autolíticas ligadas a un estado postcrítico que desaparecen con él. Existen también depresiones intercríticas, que en el epiléptico suelen ser más de tipo endógeno melancólico. Y es necesario recordar que en la epilepsia parece existir una tasa más alta de suicidio.

Caso Clínico

Presentamos el caso de una mujer de 44 años, vista por primera vez en nuestra consulta por un cuadro de alteraciones del ánimo y episodios de angustia intensa que se inician de modo brusco, con sensación acompañante

de miedo indefinido, sentimientos de despersonalización y desrealización, alteraciones de la senso-percepción escasamente definidas, y en ocasiones pensamientos vagos o pensamientos obsesivos. Este cuadro se acompaña también de fenómenos vegetativos (taquicardia, sudoración, enrojecimiento facial), sin factores desencadenantes en la mayoría de los episodios. Durante y entre episodios refiere cambios bruscos de humor, con tendencia a la irritabilidad, tristeza, apatía y astenia. Dificultades en el control de impulsos. En ocasiones, con una duración de segundos, pueden aparecer pensamientos de tipo filosófico (sobre el Universo, la esencia del ser humano, la eternidad) e incluso ideación autolítica.

Este cuadro se inició en la adolescencia, fluctuando su intensidad a lo largo de su vida, con escasos períodos libres de síntomas. A partir de la treintena se añade al cuadro anterior un Síndrome Premenstrual, con agravamiento de la sintomatología previamente referida. Durante este período la paciente ha recibido múltiples tratamientos (Fármacos antidepresivos o ansiolíticos) sin erradicar por completo la sintomatología (Amitriptilina, Perfenacina, Fluoxetina, Tiadipona, Norfenazina, Maprotilina, Sertralina, Citalopram, Imipramina, Clorimipramina, Bromacepam, Halazepam, Tiapride...).

Se pautó tratamiento con Paroxetina y Alprazolam, con lo que se mejoró la alteración anímica y se redujeron las crisis de angustia, pero no se controlaron totalmente estas últimas.

El cuadro referido por la paciente presenta características de un trastorno de pánico, pero también características de una epilepsia del lóbulo temporal. Las exploraciones neurológicas (TAC, EEG) y las analíticas básicas, incluyendo estudios tiroideos, han sido normales, pero la clínica, con episodios de inicio brusco y escasa duración y la respuesta positiva a los antiepilépticos, no permite descartar por completo una epilepsia del lóbulo temporal. Por ello se introdujeron en el tratamiento fármacos antiepilépticos.

La paciente presentó una buena respuesta al Tegretol (800 mg/día), con prácticamente desaparición de la sintomatología ansiosa, pero presentó un cuadro de rash cutáneo que obligó a retirar la carbamacepina. No hubo respuesta positiva amplia al tratamiento con valproato y sí una mejoría global en el cuadro de ansiedad al iniciar

tratamiento con clonazepam (6 mg/día), que toma actualmente, refiriendo que es capaz de diferenciar dos tipos de crisis de angustia: unos que han desaparecido con el clonazepam y que incluían sentimientos de angustia, despersonalización y desrealización, miedo vago y una serie de pensamientos filosóficos, irritabilidad y disforia presentando en ocasiones todavía otro tipo de trastornos de angustia en los que predomina el cortejo vegetativo.

Conclusión

Los psiquiatras hemos renunciado en nuestra práctica clínica diaria al tratamiento de la epilepsia a favor de los neurólogos, pero a pesar de ello no podemos olvidar la compleja patoplastia de la epilepsia del lóbulo temporal y su riqueza en síntomas psiquiátricos.

Los trastornos de ansiedad y depresión aparecen con frecuencia en este trastorno, pero nos interesa hacer hincapié fundamentalmente en las crisis de angustia, que por su cuadro de inicio y finalización bruscos, por sus sentimientos de despersonalización y desrealización y en ocasiones por el contenido de su pensamiento, han de hacernos sospechar de una epilepsia del lóbulo temporal.

Este diagnóstico diferencial ha de estar presente entre nuestras posibilidades diagnósticas en aquellas crisis de angustia con mala evolución y pobre respuesta al tratamiento clásico, lo que nos permitirá ensayar una nueva vía farmacológica de abordaje.