



Psicose Pós-Ictal: A Importância do Controlo da Epilepsia

Postictal Psychoses: The Importance of Seizures Control

Ângela Ribeiro*[✉], Orlando von Doellinger*

RESUMO:

A existência de sintomatologia psiquiátrica sobrevém, com bastante frequência, na epilepsia e é um importante factor de prognóstico da qualidade de vida dos doentes portadores deste quadro neurológico.

Na epilepsia, as perturbações psiquiátricas psicóticas são classificadas de acordo com a sua relação cronológica com as crises. As psicoses peri-ictais ocorrem antes (pré-ictais), durante (ictais) ou após (pós-ictais) o surgimento de uma crise epiléptica. Por sua vez, as psicoses inter-ictais ocorrem independentemente das crises. Os episódios de psicose pós-ictal (PP) são caracteristicamente de curta duração. Deste modo, para que haja um melhor conhecimento do quadro clínico global e, conseqüentemente, um tratamento mais eficaz, torna-se necessário o reconhecimento destes sintomas psiquiátricos.

Neste artigo descrevemos o caso clínico de um doente com epilepsia pós-traumática e sintomatologia psicótica pós-ictal, em acompanhamento por Psiquiatria e por Neurologia.

Palavras-Chave: Epilepsia; Psicose Pós-Ictal.

ABSTRACT:

Psychiatric symptoms frequently occur in epilepsy and are an important prognostic factor in quality of life of patients with this neurological condition.

Psychotic disorders occurring in epilepsy are classified according to their chronological relationship with the seizures. The peri-ictal psychoses occur before (pre-ictal), during (ictal) or after (postictal) the onset of a seizure. Interictal psychoses occur independently of seizures. Postictal psychosis (PP) episodes are typically of short duration. Thus, the recognition of psychiatric symptoms allows for a better understanding of the overall clinical case and, therefore, a more effective treatment.

In this paper we describe a case of a patient with post-traumatic epilepsy and postictal psychotic symptoms at follow-up as an out-patient in both Psychiatry and Neurology consultations.

Key-Words: Epilepsy; Postictal Psychosis.

* Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental - Centro Hospitalar Tâmega e Sousa. ✉angelarodriguesribeiro@gmail.com.

Recebido / Received: 01/01/2014 - Aceite / Accepted: 17/02/2014.

INTRODUÇÃO

Os doentes com epilepsia têm, frequentemente, doença psiquiátrica associada, embora os sintomas psiquiátricos sejam, geralmente, negligenciados. Ainda que a relação entre a epilepsia e a psicose seja conhecida desde meados do século XIX¹, o reconhecimento da importância da doença psiquiátrica na epilepsia, com estudos mais aprofundados desenvolvidos nas últimas décadas, promoveu uma maior atenção aos sintomas psiquiátricos, permitindo, com isso, um melhor tratamento dos quadros clínicos.

A prevalência da epilepsia aumenta com a idade, provavelmente devido ao impacto da doença cerebrovascular e aos traumatismos crânio-encefálicos (TCE) no desenvolvimento de novas crises convulsivas. Os factores de risco para o desenvolvimento de epilepsia em adultos incluem história familiar de epilepsia e história pessoal de depressão, atraso mental, traumatismo craniano e tumores cerebrais².

Nos adultos, as perturbações psiquiátricas mais frequentemente associadas à epilepsia são as síndromes depressivas, os quadros ansiosos e as psicoses³, sendo a doença psiquiátrica, por isso, um importante factor de prognóstico na epilepsia⁴.

Após um longo período durante o qual se ignorou a possibilidade de coexistência da epilepsia e de psicose⁵, Slater e Beard propuseram que essa coexistência não se deve ao acaso⁶. Desde então, estima-se que a prevalência da psicose na epilepsia seja superior a 9%⁷, variando, na literatura científica, a percentagem de doentes epiléticos que apresentam ao longo da sua doença um episódio psicótico entre os 19 e os 80%⁸.

As psicoses epiléticas dividem-se, relativamente à sua relação com as crises convulsivas, em peri-ictais e inter-ictais. As psicoses peri-ictais têm uma estreita relação temporal com as crises epiléticas e ocorrem antes (pré-ictais), durante (ictais) ou depois (pós-ictais) das mesmas. Geralmente têm um início e final agudos, curta duração e uma remissão completa, embora exista risco de recorrência. As psicoses inter-ictais ou crónicas não possuem uma relação temporal com as crises epiléticas.

A psicose pós-ictal (PP) é a psicose epilética mais conhecida, existindo em 2-7,8% dos doentes com epilepsia. Define-se como um episódio de psicose que surge num intervalo de tempo inferior a uma semana após uma crise epilética e que dura mais de quinze horas e menos de três meses. Após um período pós-ictal inicial, marcado por confusão e letargia, existe um característico período de lucidez, de 2,5 a 48 horas, entre a crise epilética e o início dos sintomas psicóticos⁹. A psicose é caracterizada por combinações flutuantes de perturbações do pensamento, alucinações auditivas ou visuais (ambas podem predominar), delírios (de grandeza, religiosos, persecutórios), paranóia, perturbações afectivas (mania ou depressão) e agressividade. As perturbações afectivas predominam relativamente às alucinações. Os sintomas negativos não são muito exuberantes. A maior parte dos episódios resolve-se numa semana¹⁰, sendo que, num estudo que abrangeu 151 episódios, a duração média foi de nove a dez dias e 95% resolveram dentro de um mês¹¹.

Em suma, o típico doente está psiquiatricamente bem até ter um *cluster* de convulsões

tónico-clônicas generalizadas, com ou sem ocorrência de crises parciais complexas¹². Posteriormente, desenvolve sintomas psicóticos que, tipicamente, duram dias a semanas¹³. Estes sintomas, na PP, aparecem caracteristicamente após um período mínimo de dez anos de epilepsia, embora existam descrições de casos num período de cinco anos, e têm a mesma frequência em crises temporais direitas e esquerdas⁸.

A lateralidade do foco das crises convulsivas, a idade de surgimento e a duração da epilepsia ainda não emergiram como factores de risco significativos¹⁴. A existência de história familiar de perturbações psiquiátricas específicas¹⁴ (nomeadamente de perturbações do humor¹⁴ e de psicose¹⁵) e epilepsia¹⁴ são factores de risco para a PP. Antecedentes de capacidade cognitiva deficitária e história familiar de psicose predis põem a uma psicose mais longa¹¹.

Num estudo recente, a psicose pós-ictal foi, também, associada ao surgimento de crises extratemporais, actividade epileptiforme inter-ictal bilateral, generalização secundária e história de encefalite¹⁶.

A etapa mais importante na avaliação e aplicação do tratamento mais adequado de doentes com PP é provavelmente a colheita de uma história clínica completa, o mais atempadamente possível.

O melhor tratamento para as PP continua incerto. Podemos afirmar, contudo, que, geralmente, consiste na combinação de benzodiazepinas e antipsicóticos atípicos. O tratamento precoce pode levar a uma rápida resolução da PP.

Um episódio inicial pode não indicar a necessidade de manutenção de tratamento por um

longo período. Porém, em doentes com PP recorrentes num curto espaço de tempo, pode ser benéfico um tratamento contínuo com antipsicóticos, aumentando as suas doses após uma crise epiléptica.

CASO CLÍNICO

O caso que apresentamos refere-se a um doente do sexo masculino, caucasiano, com 44 anos de idade. Solteiro, residia com a mãe e encontrava-se desempregado.

Foi o quarto de uma fratria de seis (duas mulheres e quatro homens), não existindo, na família, história psiquiátrica ou neurológica, exceptuando o alcoolismo de um dos seus irmãos. Apresentou um desenvolvimento psicomotor precoce aparentemente sem alterações de relevo. Completou o quarto ano de escolaridade aos catorze anos de idade, após várias reprovagens (com prováveis dificuldades de aprendizagem), altura em que iniciou actividade laboral (começou por trabalhar como marceneiro e, mais recentemente, trabalhava na construção civil). Sempre teve alguma dificuldade em estabelecer relações de intimidade, mas estabeleceu algumas relações sociais mais superficiais, nomeadamente no trabalho. É acompanhado em Consulta Externa de Neurologia desde 2004 por uma epilepsia pós-traumática (associada a uma esclerose mesial esquerda), secundária a um TCE grave na sequência de um acidente de viação sofrido nesse mesmo ano. Previamente a esse acidente não apresentava qualquer patologia psiquiátrica ou neurológica, negando, o doente, o consumo de álcool, tabaco e estupefacientes. Depois do acidente mantinha-se autónomo

para as suas actividades diárias, apesar da epilepsia de difícil controlo (medicada com carbamazepina e zonisamida).

No dia 13/06/2012, o doente foi encaminhado ao Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS) por apresentar quadro, com três dias de evolução, de insónias e períodos de confusão e ansiedade, iniciado cerca de 24 horas depois de uma crise tónico-clónica generalizada. Cerca de 48 horas após essa crise convulsiva, iniciou discurso delirante de teor místico (“Nossa Senhora de Fátima tem dois segredos para me contar”), que motivou a ida ao SU no dia seguinte.

Do estudo efectuado, salientamos que o hemograma, a bioquímica, as hormonas tiroideias, hormona da paratiróide, o cortisol, os marcadores tumorais e a urina tipo II não evidenciaram qualquer alteração. A tomografia computadorizada (TC) crânio-encefálica e o electroencefalograma (EEG) realizados não mostraram qualquer diferença face aos anteriormente efectuados. Isto é, a TC continuava a indicar a existência da esclerose mesial esquerda já anteriormente descrita e o EEG mantinha a indicação da existência de um foco paroxístico lento, na banda Teta, de morfologia pontiaguda, nas áreas fronto-parietais direitas. A pesquisa de tóxicos na urina foi negativa, assim como a alcoolemia.

Foi internado e, no primeiro dia de internamento, referiu alucinações auditivas (“um homem a dizer para me atirar da janela”) e hápticas (“sinto bichos a andarem pelo meu corpo”).

Esteve internado durante nove dias, com remissão total da sintomatologia desde o segundo dia do internamento após a introdução de

baixas doses de antipsicótico (1 mg/dia de risperidona), que se manteve durante cinco dias. Durante o restante período de internamento, apresentou-se comportamentalmente adequado e sem novos episódios de crises nem sintomatologia psicótica. Teve alta a 21/06/2012, medicado com carbamazepina 400 mg (3 vezes por dia), zonisamida 100 mg (3 vezes por dia) e clobazam 20 mg (uma vez por dia), com Consulta Externa de Psiquiatria agendada.

Após novo episódio de crise tónico-clónica generalizada, a 09/07/2012, apresentou, 24 horas depois, quadro semelhante ao episódio anteriormente descrito: após iniciar insónia, desenvolveu um discurso confuso, com ideias delirantes místicas, alterações comportamentais e possível actividade alucinatória auditiva. Foi, novamente, encaminhado para o SU do CHTS, onde manifestou heteroagressividade e discurso delirante com ideias persecutórias. Após avaliação psiquiátrica na Urgência Metropolitana do Porto, foi medicado com risperidona 3 mg/dia e encaminhado para o CHTS, com o objectivo de controlar as crises epilépticas. Esteve internado durante 6 dias, apresentando resolução da sintomatologia psicótica após o segundo dia de internamento. Teve alta a 16/07/2012, medicado com carbamazepina 400 mg (três vezes por dia), zonisamida 100 mg (quatro comprimidos por dia) e risperidona 2 mg (uma vez por dia).

Foi observado em Consulta Externa de Psiquiatria a 31/07/2012, onde se apresentou comportamentalmente adequado, sem novos episódios de crises epilépticas desde a alta do último internamento, não se apurando sintomatologia heteróloga.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Excluído o diagnóstico de perturbação psicótica induzida por substâncias (pela anamnese e pelo estudo analítico efectuado), bem como o de perturbação psicótica breve (pela estreita relação temporal com as crises epiléticas), apontamos como diagnóstico provável o de perturbação psicótica devida a estado físico geral – mais especificamente, o diagnóstico de uma psicose epiléptica pós-ictal.

A relação entre a epilepsia e a psicose é conhecida desde meados do século XIX¹, apesar de continuarem desconhecidas, até à actualidade, as causas fisiopatológicas desta associação.

A diferenciação de perturbações mentais associadas à epilepsia, segundo a relação temporal com a crise epilética, tem enorme importância clínica e prognóstica, uma vez que sugere aspectos importantes do tratamento e da evolução da doença. A PP é uma frequente complicação da epilepsia crónica. A duração das PP varia de doze horas até mais de três meses (média de nove a dez dias).¹⁷ Durante o período pós-ictal, os doentes podem, potencialmente, experienciar cefaleias, défices funcionais, défices neurofisiológicos e manifestações comportamentais.

Reconhecer esta patologia é fundamental para se iniciar o tratamento atempadamente e evitar morbidade e mortalidade significativas. O controlo das crises convulsivas pode prevenir a psicose pós-ictal, a qual geralmente é recorrente e pode estar associada ao desenvolvimento de uma psicose inter-ictal.

O tratamento das perturbações mentais peri-ictais está orientado para o rigoroso controlo das crises epiléticas. Porém, no caso das

perturbações inter-ictais, existe maior semelhança com o tratamento das perturbações de origem puramente psiquiátrica.

O caso clínico que apresentámos retrata um doente com uma epilepsia refractária e farmacorresistente a múltiplos tratamentos, tornando difícil o controlo da doença neurológica, o que condiciona o surgimento de repetidos episódios de psicose pós-ictal. Trata-se de um doente com dois episódios de PP no espaço de um mês, cuja sintomatologia psicótica regrediu totalmente com a introdução de baixas doses de antipsicóticos. No entanto, uma vez que se trata de um doente com uma epilepsia não controlada, parece-nos adequada a manutenção das baixas doses de antipsicóticos, mesmo depois da resolução sintomatológica, devido à possibilidade de recorrência de novas crises. Tal facto remete-nos, portanto, para a enorme importância do controlo da epilepsia como forma de prevenir o surgimento de sintomatologia psicótica, melhorando deste modo o prognóstico e a qualidade de vida do doente.

Em suma, o reconhecimento destes distúrbios tem um impacto positivo na qualidade de vida dos doentes e deve promover o tratamento de doentes com epilepsia, de acordo com um modelo biopsicossocial, que incide sobre a pessoa como um todo, e não simplesmente sobre o processo da doença.

Declaração de Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*

Os autores declaram a não existência de conflitos de interesse na realização deste estudo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / Funding

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / References

1. Falret Jp. : Mémoire sur la folie circulaire. Bulletin de L'Académie Impériale de Medecine. 1854; 19 : 382-400.
2. Forsgren L, Nystrom L. : An incident case-referent study of epileptic seizures in adults. Epilepsy Research. 1990; 6(1) : 66-81.
3. Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, W Sander J. : The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. Epilepsia. 2004; 45(12) : 1613-1622.
4. Marcangelo M, Ovsiew F. : Psychiatric aspects of epilepsy. Psychiatric Clinics of North America. 2007; 30 : 781-802.
5. Krishnamoorthy Es, Raghu R. : The psychoses of epilepsy. In: Ettinger AB, Kanner AM (Editors) : Psychiatric issues in epilepsy: a practical guide to diagnosis and treatment. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2007; 264-271.
6. Slater E, Beard Aw, Glithero E. : The schizophrenia-like psychosis of epilepsy I Psychiatric aspects. British Journal of Psychiatry. 1963; 109 : 95-150.
7. Mendez Mf, Grau R, Doss Rc, Taylor Jl. : Schizophrenia in epilepsy: seizure and psychosis variables. Neurology. 1993; 43(6) : 1073-1077.
8. Mingot Cg, et. al : Psicosis epiléptica periictal, una causa de psicosis reversible. Neurología. 2012; 28(02) : 81-87.
9. Nadkarni S, Arnedo V, Devinsky O. : Psychosis in epilepsy patients. Epilepsia. 2007; 48 (Suppl. 9) : 17-19.
10. De Toffol B. : Les psychoses postictales. Revue Neurologique. 2009; 165 : 769-773.
11. Adachi N, et. al. : Duration of postictal psychotic episodes. Epilepsia. 2007; 48 : 1531-1537.
12. Kanner Am, Stagno S, Kotagal P, Morris Hh. : Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies. Archives of Neurology. 1996; 53 : 258-263.
13. Logsdail S, Toone B. : Postictal psychosis: a clinical and phenomenological description. British Journal of Psychiatry. 1988; 152 : 246-252.
14. Alper K, et. al. : Premorbid psychiatric risk factors for postictal psychosis. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. 2001; 13 : 492-499.
15. Adachi N, et. al. : Psychosis and epilepsy: are interictal and postictal psychoses distinct clinical entities?. Epilepsia. 2002; 43 : 1574-1582.
16. Alper K, et. al. : Postictal psychosis in partial epilepsy: a case-control study. Annals of Neurology. 2008; 63 : 602-610.
17. Akanuma N, Kanemoto K, Adachi N, Kawasaki J, Ito M, Onuma T. Prolonged postictal psychosis with forced normalization (Landolt) in temporal lobe epilepsy. Epilepsy & Behavior. 2005; 6 : 456-459.