

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA

PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales de los Trabajadores del Estado

Estudio de Trastornos Psiquiátricos Antes y

Después en Pacientes Sometidos a

Epilepsia Refractaria mediante

La Evaluación de la

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA

DE ESPECIALISTA EN PSQUIATRIA

PRESENTA:

DR. SERAPIO PALMA PATRICIO



México D.F. Junio de 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Facultad de Medicina



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

De los Trabajadores del Estado

CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ

Subdirector de Enseñanza e Investigación

DR. FRANCISCO JAVIER VALENCIA GRANADOS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA

DR. OSCAR MENESES LUNA

ASESOR DE TESIS

MEDICO ADSCRITO DE PSIQUIATRIA

DR. SERAPIO PALMA PATRICIO

AUTOR



AGRADECIMIENTOS:*A MIS PADRES**RUFINO Y**CECILIA**A MIS HERMANOS*

ADRIAN, MARTHA Y OMAR, MIS SOBRINAS ALEJANDRA, NADIA, CAROLINA, ROCIO, OLIVERIA Y OMAR. MI TIO JESUS Y PATRICIO, MI TIA PATRICIA, MI PADRINO MARCELINO QPD, MI ABUELITA JUANA Y MI TIA ERNESTINA, MI CUÑADA VICKY Y MI CUÑADO JUAN CARLOS QPD.

*A MI ESPOSA**BLANCA**GABRIELA PEREZ ITZCUA Y NUESTROS HIJAS REGINA Y LEONORA.*

A MIS CUÑADAS ANA, BELEM Y NANCY. MIS CUÑADOS CARLOS, ALEJANDRO Y HUMBERTO, MI SUEGROS MARTHA Y CARLOS, MIS PADRINOS JUAN Y GLORIA, A LA TIA LILIA, GLORIA Y ALICIA Y SUS HIJAS SELENE, JESSICA Y JOHNATAN, CINTHIA, CLAUDIA, KARINA Y LETICIA. MIS SOBRINOS GABY, EMIR, JORGE, ALEJANDRO, NANCY Y PEPE. MIS AMIGOS UBALDO, ARTURO, CRISTINA, LUIS RUBEN, CLAUDIA, CLAUDIA SUSANA, CLAUDIA AMERICA, MARCO ANTONIO MEZA, MARCO ANTONIO SORIANO, ULISES, ELSA, AIDE, ANDREA, MARGARITA, ARELI, CYNTIHIA, NANCY, ROSALINA, VICKY, MIGUEL, HUMBERTO, RICARDO, OSVALDO, FIDEL, GAMALYEL, LENIN, KAREN DENISSE, LUIS PEREZ, LUZ, LYLIAN, MAGDA, ZEL, MARTHA ELBA, NAIKE, MARIA FERNANDA, HUGO, SUSANA, CONCHA, LUCIA, CHAVA, CLAUDIA, TOÑO, ERIK, CUAUHEMOC, ARGEL, CARMEN, DULCE MARIA, BETY, GUILLERMO, JESSICA MARCELA, KAREN MARIEL, JUAN, JUAN CARLOS, CHAVA Y ALBERTO. A MI AHIJADA FERNANDA Y LOS COMPADRES ROSARIO Y JAIME, PAOLA, A LA SRA. TERESA Y SUS HIJOS BEATRIZ, BEBA Y MARY, JAIME Y DAVID. A MIS PACIENTES OLIVIA, MINERVA Y JESSICA. AL SR. ARTURO RAMOS, A LAS AMIGAS DE MI ESPOSA, MIRIAM, DANIELA, MARCELA, VIOLETA, CARMEN, KARINA, XOCHITL, SONIA Y MARYLU.

CON ADMIRACION Y RESPETO A MIS PROFESORES:

DRA. MARTHA GEORGINA OCHOA MADRIGAL

DR. FRANCISCO JAVIER VALENCIA GRANADOS

DR. OSCAR MESES LUNA

MATEMATICO JORGE GALICIA TAPIA

DR. RICARDO ORTEGA PINEDA

DR. HUGO MARTINEZ LEMUS

DR. MIGUEL ZARCO

DR. JAIME RUIZ ORNELAS

DRA. PATRICIA HERRERA SAINT-LEU

DRA. GRACIELA DE LA FUENTE

DRA. ROSALIA RODRIGUEZ

DRA. ALEJANDRA INES NOGALES

DR. MARCO ANTONIO ITURBE

DRA. SILVIA GARCIA

DR. GIL PALAFOX

DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ

DR. FLORENCIO DE LA CONCHA

Índice

Resumen

Summary

Introducción

Material y métodos

Resultados

Discusión

Conclusiones

Bibliografía

Resumen

Objetivo: Evaluar los trastornos psiquiátricos antes y después en la cirugía de epilepsia refractaria a través de la escala del MINI. **Material y métodos:** Se evaluaron los trastornos psiquiátricos antes y después de la cirugía refractaria de pacientes epilépticos a través de instrumentos como el MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional). Se estudiaron un total de 10 pacientes a los cuales se les aplicó antes y después de la cirugía de epilepsia refractaria, la entrevista del (MINI). El MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. El MINI está dividido en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si cumplen o no los criterios diagnósticos. **Resultado:** De un total de 10 pacientes estudiados se encontró que la distribución por edad fue de 49 años como máxima y una mínima de 19 años. La distribución por género estuvo dada por un 70% para sexo masculino y un 30% para el sexo femenino. El número de trastornos psiquiátricos por paciente según fase de seguimiento, presentó una disminución clínica y estadísticamente significativa. Los trastornos psiquiátricos que estuvieron presentes fueron el Episodio Depresivo Mayor (EDM), Trastorno Distímico (TD), Trastorno de Angustia (TA), Trastorno por Estrés PostTraumático (TEPT), Trastornos Psicóticos (TP) y Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Para el EDM fue diagnosticado en 1 paciente antes del tratamiento quirúrgico y en el postquirúrgico no cumplió criterios para el trastorno. En el caso del TD estuvo presente en 5 de los 10 pacientes y en la fase postquirúrgica solo 1 continuo con el trastorno. Para el TA se presenta en 1 caso en el prequirúrgico y en el postquirúrgico ya no cumplió criterios para el trastorno. En el caso del TEPT este aparece de Novo en la fase post estando ausente en la fase pre. En el caso de los TP en los que se detectaron 3 pacientes en fase pre y permanece en solo 2 casos en la fase post. Y en el caso del TAG se diagnosticó en solo 1 paciente en la evaluación prequirúrgica y en el resultado postquirúrgico se detectaron 2 nuevos casos con mismo diagnóstico. **Conclusión:** Sin ser el objetivo el principal en el caso de la cirugía de epilepsia la corrección de los síntomas psiquiátricos se aprecia una disminución en la fase de seguimiento de los trastornos psiquiátricos que es clínicamente significativa en la muestra de pacientes estudiados. Solo cuando se mide en forma propositiva como en este estudio se aprecian los cambios a nivel neuropsiquiátrico.

Palabras clave: Epilepsia Refractaria, Cirugía, Trastornos Psiquiátricos, Episodio Depresivo Mayor y Trastorno Distímico.

Summary

Objective: To assess psychiatric disorders before and after the surgery of refractory epilepsy over the scale of the MINI.

Methods: Psychiatric disorders were assessed before and after surgery refractory epilepsy patients through instruments such as the MINI (International Neuropsychiatric Interview). A total of 10 patients were administered before and after surgery of refractory epilepsy, the interview of MINI. The MINI is a structured diagnostic interview short-lived that explores the major Axis I psychiatric disorders in DSM-IV and ICD-10. The MINI is divided into modules, identified by letters, each corresponding to a diagnostic category. At the end of each module, one or more boxes allow the clinical diagnosis indicate whether it complies with the diagnostic criteria. **Results:** Of a total of 10 patients studied showed that the age distribution was 49 years maximum and a minimum of 19 years. The gender distribution was given by 70% for males and 30% for females. The number of psychiatric disorders per patient by follow-up phase had a clinically and statistically significant decrease. Psychiatric disorders present were Major Depressive Episode (MDE), Dysthymic Disorder (DD), Panic Disorder (PD), PostTraumatic Stress Disorder (PTSD), PSychotic Disorders (PSD) and Generalized Anxiety Disorder (GAD). For the MDE was diagnosed in a patient before surgery and after surgery did not meet criteria for the disorder. In the case of DD was present in 5 of the 10 patients in the postoperative phase only one continuous with the disorder. For the PD is presented in a case in the preoperative and after surgery and did not meet criteria for the disorder. In the case of PTSD that appears de novo in the after being absent in the pre. In the case of PSD in 3 patients were detected in pre and post phase remains in only 2 cases. And in the case of GAD was diagnosed in only 1 patient in the preoperative evaluation and postoperative outcome were detected two new cases with the same diagnosis. **Conclusion:** Although not the primary objective in the case of epilepsy surgery correction of psychiatric symptoms, a decline in the monitoring phase of psychiatric disorders that is clinically significant in the sample of patients studied. Only when measured as purposeful as in this study can be seen at the neuropsychiatric changes.

Keywords: Refractory Epilepsy, Surgery, Psychiatric Disorders, Major Depressive Episodes and Dysthymic Disorder.

Introducción

La epilepsia es un trastorno de la función cerebral que causa convulsiones recurrentes. Las convulsiones son debidas a explosiones anormales de la actividad eléctrica que pueden afectar la consciencia, el movimiento, la visión, la conducta o el habla. Los pacientes son usualmente tratados por un neurólogo que a menudo prescribe fármacos para controlar las convulsiones. Algunas veces se requieren uno o varios fármacos para tratar de controlar las convulsiones. Si las convulsiones no son controlables con 3 fármacos anticonvulsivantes, las convulsiones se consideran intratables (persistentes a pesar del tratamiento) y entonces la cirugía deberá ser considerada. La cirugía es a menudo exitosa para pacientes que tienen un área específica del cerebro identificada como el foco de sus convulsiones.¹

En la población mundial el 0.5% al 1% tiene epilepsia activa y la farmacoterapia es ineficaz en el control de las convulsiones en el 20% a 40% de los pacientes.²

En México la epilepsia refractaria representa el 17 y el 25% del total de las epilepsias tratadas y la cirugía de epilepsia ha demostrado ser útil en casos bien seleccionados.³

La epilepsia refractaria se establece cuando hay un inadecuado control de convulsiones a pesar de utilizar fármacos potencialmente efectivos en niveles tolerables por 1 o 2 años y excluyendo eventos no epilépticos y pobre ajuste farmacológico. Los factores para la refractariedad incluyen: (1) una epilepsia generalizada con lesiones; (2) epilepsia focal con esclerosis hipocampal, displasia cortical o hemorragias; (3) epilepsia de inicio temprano; (4) alta frecuencia convulsiva; (5) ausencia de respuesta a los 2 primeros antiepilépticos; (6) frecuencia alta de espigas interictales y (7) espigas multifocales. La eficacia de la cirugía va de un rango de curativo (resección) a uno paliativo (estimulación nervio vagal, callosotomía, transección subpial múltiple); dependiendo del síndrome epiléptico y su etiología.⁴

Los pacientes con epilepsia tienen una prevalencia alta de trastornos psiquiátricos comorbidos.

Muchas co-morbilidades tienen un impacto significativo en el manejo médico y en la calidad de vida de dichos pacientes. Los trastornos psiquiátricos más comunes en epilepsia de adultos han sido la depresión, la ansiedad y la psicosis.

La causa de la depresión en pacientes con epilepsia es probablemente multifactorial incluyendo factores clínicos (frecuencia de las crisis, tipo de crisis o foco epiléptico, duración de la epilepsia, edad de inicio) y psicosociales (calidad de vida, factores estresantes, empleo, estatus marital). La depresión se ha reportado con mayor frecuencia en pacientes con crisis parciales complejas y en foco de lóbulo temporal que en pacientes con epilepsia generalizada o foco extra-temporal.

En pacientes con epilepsia refractaria, la presencia de depresión es una de las más importantes variables que tienen un impacto en su calidad de su vida, incluso mayor que la frecuencia y la severidad de las crisis convulsivas. Las características de pacientes con epilepsia que tienen depresión incluyen las siguientes: a) pocos rasgos neuróticos, b) mayores rasgos psicóticos, c) altos rasgos y registros de estados ansiosos, d) mayores alteraciones en el afecto y trastorno distímico crónico, e) altos registros de hostilidad, especialmente de autocrítica y culpa, f) inicio súbito y breve duración de los síntomas.

La ansiedad en la epilepsia y los síntomas pueden ser el resultado o ser exacerbados por reacciones psicológicas, incluyendo respuestas a lo impredecible de las crisis y a las restricciones de las actividades normales, resultando en una baja autoestima, estigmatización y rechazo social. La ansiedad dependiendo de la duración de la crisis puede ser ictal, posictal e interictal. Los síntomas de ansiedad en periodo ictal se manifiestan como miedo o pánico, algunas veces con otras características de descargas temporales, tales como despersonalización y dejavu, así como otros fenómenos autónomos, psicopatológicos y psicológicos, resultado de cambios estructurales del lóbulo temporal derecho. La ansiedad en el periodo interictal influye significativamente en la calidad de vida de los pacientes con trastorno de ansiedad co-morbida y epilepsia ya que tienen un miedo permanente a nuevas descargas.

El riesgo de trastornos ansiedad pareciera ser alto en el foco epiléptico (especialmente lóbulo temporal) y mucho mayor que en las epilepsias generalizadas, pero también ha sido visto en pacientes del lóbulo frontal así como en crisis generalizadas o primarias. Las tasas altas de comorbilidad psiquiátrica (incluyendo ansiedad) han sido reportadas en pacientes con epilepsia refractaria.⁵

Los síndromes psicóticos en epilepsia han sido tradicionalmente clasificados de acuerdo a su relación temporal con las crisis (**ictal, postictal, interictal**). La psicosis ictal es cuando la psicosis es una expresión de la actividad epiléptica. La psicosis postictal es cuando la psicosis ocurre dentro de los 7 días de una crisis convulsiva. La psicosis interictal se da cuando la psicosis aparece independiente de la crisis convulsiva. **La psicosis ictal** incluye típicamente síntomas alucinatorios (olfatorios, gustativos, visuales o auditivos) o ideas delirantes (usualmente paranoides o de grandiosidad). Usualmente este síndrome es auto limitante, pero en casos raros, si llegara a ocurrir en combinación con un estado epiléptico parcial, podría ser confundido por una esquizofrenia primaria o manía. La presencia de confusión ayuda a distinguir la psicosis ictal de los trastornos psiquiátricos primarios. **La psicosis postictal** usualmente ocurre años después del inicio de la epilepsia (típicamente >10 años) y con una frecuencia estimada de 6.5%. El escenario típico es un paciente con epilepsia generalizada o parcial que padece de un grupo de convulsiones parciales complejas o tónico-clónicas. Después de un periodo postictal usualmente hay cansancio y confusión, los síntomas psicóticos y afectivos emergen de manera inmediata hasta por 72 hrs. Un intervalo lúcido a menudo está presente entre el periodo postictal y los síntomas psicóticos. La fenomenología está caracterizada por síntomas afectivos acompañados de grandiosidad e ideas delirantes religiosas y relativamente frecuente hay alucinaciones auditivas simples. La duración es usualmente entre varias horas y varios meses. Varios factores neurológicos están asociados con un incremento en el riesgo de desarrollar psicosis postictal. Estos incluyen foco epiléptico bilateral, proceso etiológico asociado con lesiones límbicas bilaterales (p. ej. Encefalitis o traumatismo craneoencefálico), y un incremento relativo en la frecuencia convulsiva o “agrupamiento” que precede a la aparición de síntomas psicóticos.

La prevalencia de **la psicosis interictal** es aproximadamente de 3-7%. La psicosis interictal está caracterizada por la presencia de síntomas psicóticos no relacionados temporalmente a la actividad convulsiva y al menos mayor o igual a seis meses, y la presencia de ideas delirantes, alucinaciones con clara consciencia, conducta bizarra o desorganizada, trastorno del pensamiento formal con cambios afectivos sin una evidencia de toxicidad por fármacos anticonvulsivos, hallazgos ElectroEncefaloGraficos (EEG) consistentes con estado epiléptico no convulsivo, traumatismo craneoencefálico, alcohol o intoxicación por drogas o abstinencia. El diagnóstico diferencial puede ser hecho con el EEG.⁶ A menudo puede ser difícil distinguir la psicosis postictal de la psicosis interictal breve también llamada “psicosis alternante”. En estos estados psicóticos interictales breves, una relación antagonista entre epilepsia y psicosis se presume en el que periodos de actividad convulsiva incrementada pueden alternar con intervalos libres de crisis convulsivas durante las cuales los pacientes llegan a estados psicóticos.

Este estado llamado *normalización forzada*, se refiere a la estabilización del EEG y no necesariamente al control epiléptico. Los episodios son breves (al menos de varios días a semanas) y pueden terminar en una convulsión, la consciencia no está alterada y a menudo una asociación con epilepsia del lóbulo temporal (TLE) se ha encontrado.

La fenomenología está caracterizada por ideas delirantes paranoides y alucinaciones auditivas y puede también presentarse síntomas afectivos. Mientras que la psicosis interictales breves son relativamente poco comunes (cerca del 10% de todas las psicosis en epilepsia), en cambio la psicosis interictal crónica (**schizophrenia-like**) se presume que ocurre frecuentemente (en 20% de la psicosis en epilepsia). Se sugiere que la *schizophrenia-like* es 6 a 12 veces más probable que ocurra en pacientes epilépticos que en la población general. La *schizophrenia-like* tiene notables diferencias tales como la ausencia de síntomas negativos (p. ej. Preservación de un afecto alegre), un adecuado rasgo de personalidad e incluso estas personas suelen llevar buenas relaciones interpersonales. Slater y cols. mencionan una frecuencia alta de ideas delirantes y religiosas y experiencias místicas. Un gran número de investigadores describe los síntomas como un largo inicio de síntomas de tipo paranoide y alucinatorio. El inicio de la *schizophrenia-like* usualmente ocurre después de 10 a 20 años de duración de la epilepsia y en asociación con TLE (epilepsia del lóbulo temporal) ha sido sugerido en varias ocasiones.⁷

Los pacientes con epilepsia crónica intratable tienen una alta incidencia de trastornos psiquiátricos mucho mayor que la población general o en pacientes epilépticos con buen control de las crisis convulsivas. La cirugía de epilepsia ha sido asociada con una mejora en la adaptación psicossocial. No obstante, las complicaciones psiquiátricas han sido reportadas que ocurren en el postoperatorio.

La incidencia y los factores que contribuyen a la aparición de trastornos psiquiátricos postquirúrgicos así como el riesgo relativo de tales complicaciones para los diferentes tipos de resección permanecen inciertos. Wrench y cols., realizaron un estudio con diseño longitudinal extendiendo el periodo pre quirúrgico a 3 meses después de la cirugía con pacientes sometidos a cirugía de epilepsia temporal (n=43) o extra temporal (12 frontal, 3 occipital y 2 cingulotomía).

Pre quirúrgicamente 57% de los pacientes tenían una historia de trastornos psiquiátricos sin diferencia entre ambos grupos quirúrgicos. Después de la cirugía los efectos diferenciales fueron observados a través de ambos grupos quirúrgicos. Mientras que el grupo extra temporal tuvo disminución en la psicopatología durante los primeros tres meses en el periodo posquirúrgico, el grupo de lobectomía temporal tuvo comparativamente altas tasas de psicopatología, incluyendo depresión, ansiedad y dificultades de adaptación psicosocial después de la cirugía, especialmente después de un mes.

A los 3 meses del periodo posquirúrgico las tasas de psicopatología y trastornos del ánimo, regresan a niveles prequirúrgicos para pacientes con lobectomía temporal. Estas observaciones en el presente estudio son consistentes con estudios previos que han demostrado un incremento de síntomas psiquiátricos en el periodo posquirúrgico inmediato.

Estos problemas disminuyen con el tiempo, a niveles por debajo de aquellos después de la cirugía para muchos pacientes, aunque algunos pacientes requieren medicación psicotrópica.⁸

Otros autores afirman que esta sobrerrepresentación es debida a errores de muestreo o inadecuados grupos de control.⁹ Los mecanismos para tal relación incluye los siguientes: a) neuropatología común, b) efectos neurofisiológicos ictal o subictal, c) inhibición o hipometabolismo alrededor del foco epiléptico, d) epileptogenesis secundaria, e) alteración de sensibilidad en receptores, f) trastornos psiquiátricos independientes o primarios g) complicaciones de tratamientos médico o quirúrgicos, h) consecuencias de limitaciones psicosociales.

Más de la mitad de los procedimientos en cirugía de epilepsia son programados para resección de lóbulo temporal anterior. La cirugía para la Epilepsia del Lóbulo Temporal (ELT), ha llegado a ser una de las técnicas quirúrgicas más comunes que tienen mejoría. Los pacientes generalmente tienen removido una porción del lóbulo temporal anterior, en algunas series, 58% de los pacientes han experimentado una remisión de las crisis convulsivas. Estos pacientes también han experimentado un mejoramiento significativo en la calidad de vida cuando se comparan con aquellos que han tenido manejo médico. Los pacientes a menudo tienen altas tasas de co-morbilidad psiquiátricas antes de la cirugía y deberían tener evaluaciones posteriores a la cirugía; desafortunadamente solo un 20% de los centros de cirugía de epilepsia reportan una evaluación pre quirúrgica por cada paciente. Una evaluación prequirúrgica deberá incluirse como tamizaje para la depresión y la psicosis así como recomendaciones para el tratamiento antes y después de la cirugía.

Después de ser sometidos a cirugía, los pacientes tienen altas tasas de trastornos psiquiátricos. Un estudio encontró que 65% de los pacientes tienen un diagnóstico del eje I antes y después de la cirugía. Estos diagnósticos incluyen trastornos del afecto, trastornos de ansiedad, trastornos afectivos orgánicos y trastornos de personalidad. Los pacientes tienen un incremento transitorio en los síntomas después de la cirugía y muchos pacientes han tenido nuevos inicios de trastornos psiquiátricos, pero sobre todo el grupo fue mucho menor sintomáticamente después de 6 meses de la cirugía. Hay reportes de psicosis después de la cirugía que pueden estar relacionado a lesiones bilaterales en la fase preoperatoria. Nuevos síntomas de ansiedad y depresión surgen 6 semanas después de la cirugía en la mitad de los pacientes que fueron psiquiátricamente evaluados en la fase pre quirúrgica, pero sobre todo los síntomas declinaron durante un periodo más largo. En el largo plazo muchos estudios parecen apuntar hacia un mejoramiento para los pacientes después de la cirugía en lo que respecta a la frecuencia de las crisis convulsivas y a la calidad de vida.¹⁰

¿Por qué una evaluación psiquiátrica no está incluida en los protocolos pre-quirúrgicos de estos centros que dan una prevalencia alta de comorbilidad psiquiátrica (pre-quirúrgica) y el riesgo de nuevos síntomas (o exacerbación pre-existente) como la depresión o las psicosis posquirúrgica?

Como se ha mencionado arriba varios estudios han documentado que los trastornos psiquiátricos de la epilepsia y específicamente la depresión son a menudo no reconocidos y no tratados. De esta forma la dependencia de los pacientes hacia los psiquiatras que informan sobre la ausencia de un trastorno psiquiátrico y sin haber hecho una buena evaluación neuropsiquiátrica, es probable que resulte en una falla para detectar un número significativo de pacientes sintomáticos durante la evaluación prequirúrgica. Pacientes con una historia crónica de distimia pueden negar sentirse deprimidos, de tal forma que asumen su estado disfórico como un estado “normal” de ánimo en los pacientes con epilepsia. Tales pacientes son un riesgo de deterioro posquirúrgico para su trastorno del ánimo. Si la meta de cualquier evaluación pre-quirúrgica es reconocer todos los riesgos pre-quirúrgicos, ¿porqué las evaluaciones psiquiátricas no son realizadas en todos los pacientes con epilepsia?¹¹

Devinsky y cols., concluyeron que la depresión y la ansiedad en pacientes con epilepsia refractaria significativa mejoraron después de la cirugía de epilepsia, especialmente en aquellos que estuvieron libres de convulsiones.¹²

Por otra parte, Mattson y cols, señalaron que algunos pacientes experimentaron con éxito la cirugía de epilepsia y solo un pequeño número de pacientes disminuyeron sus síntomas de ansiedad.

Al conocer los trastornos psiquiátricos antes de ser sometidos al tratamiento nos permite ver en qué medida disminuyen estos después y también en situación inversa cuales padecimientos se pudieran presentar y así se podrían intervenir con anticipación y a posteriori, contribuyendo a una mejora en la calidad de vida.

Material y métodos:

El propósito de este estudio es evaluar los trastornos psiquiátricos antes y después de la cirugía refractaria de pacientes epilépticos a través de instrumentos como el MINI.

El MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan, en un recuadro gris, una o varias preguntas <<filtro>> correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen o no los criterios diagnósticos.¹³

Se estudiaron un total de 10 pacientes y se propuso evaluar los factores demográficos de cada paciente como la edad y el género, evaluar la región cerebral afectada, describir las áreas quirúrgicas intervenidas en el tratamiento resolutivo de la epilepsia y describir la mejoría de Trastornos psiquiátricos antes y después.

El diseño fue descriptivo, retrospectivo, abierto y comparativo. El tamaño de la muestra fue consecutivo y continuo en un periodo comprendido del año 2003 al 2009. Se recolectaron un total de 10 pacientes.

Métodos estadísticos.

1. Estadística Descriptiva

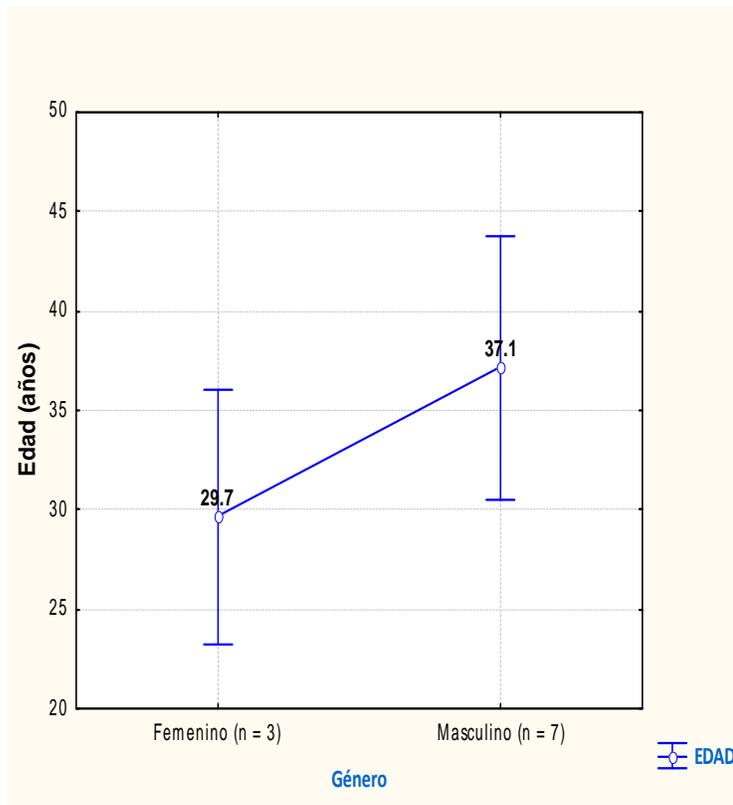
- a. Medidas de Tendencia Central: Media, Mediana y Moda
- b. Medidas de Dispersión: Rango, Desviación Estándar, Medidas de Posición
- c. Tablas de Frecuencia y Tablas de Contingencia
- d. Graficas de Barra y Polígonos de Frecuencia

2. Estadística Inferencial.

- a. Pruebas de independencia χ^2 : de Yates, de Yates Corregida, Mc Nemar
- b. Prueba Exacta de Fisher
- c. Prueba de Wilcoxon
- d. Anova de uno y dos Factores
- e. Prueba de Comparaciones Múltiples: Prueba de Tukey.

Resultados

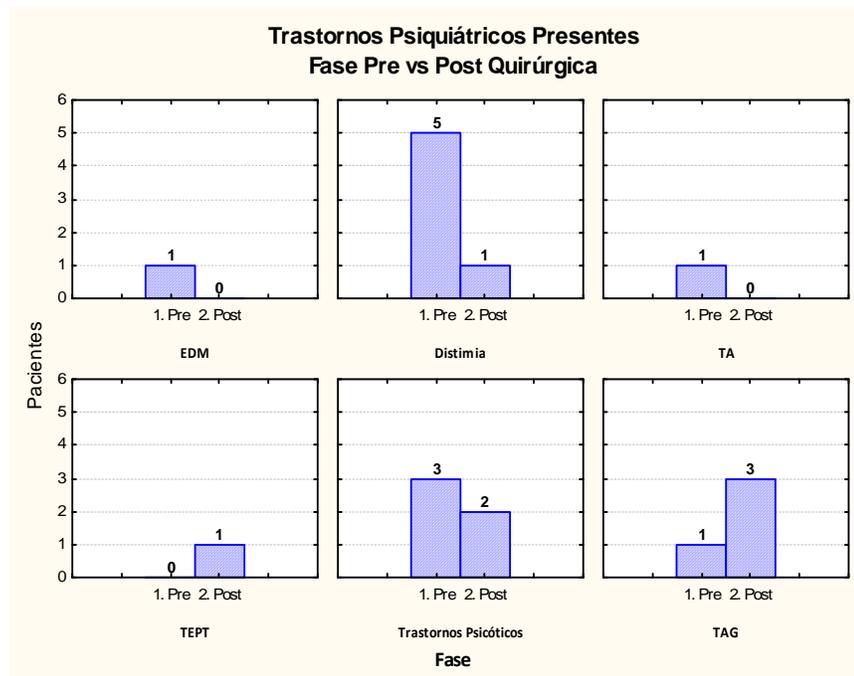
Se estudiaron 10 pacientes. La composición por género fue: 3 (30%) mujeres y 7 (70%) hombres. La edad de ellos oscilo entre 19 y 49 años (Grafica 1).



Gráfica 1. Comparativo de la Edad Promedio con IC(95%) según género.

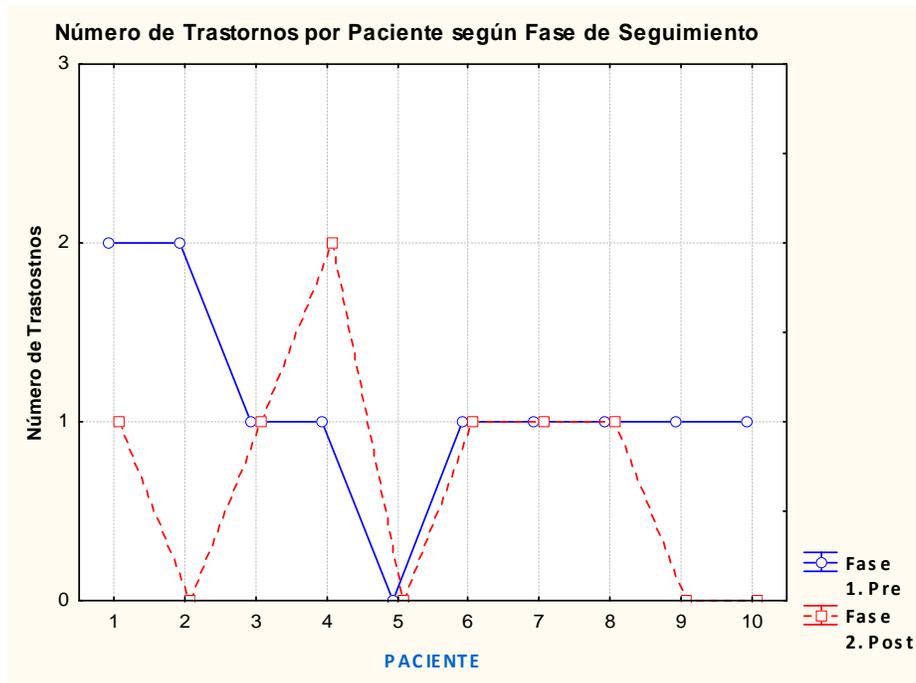
La grafica 2 establece la correlación de la presencia de trastornos psiquiátricos según la fase de seguimiento. Se observaron 6 trastornos: Episodio depresivo mayor (EDM), Trastorno Distimico (TD), Trastorno de angustia (TA), Trastornos por estrés postraumático (TEPT), Trastornos Psicóticos (TP) y Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG). De 6 trastornos observados en 4 de ellos hubo disminución; dichos trastornos fueron: EDM, TD, TA y TP; en los otros 2 trastornos (TEPT y TAG) se observó un incremento de 1 y 2 casos respectivamente. 4 pacientes reflejaron disminución de trastornos y 1 paciente reflejó un incremento y 5 pacientes no tuvieron cambios.

El análisis no reveló una disminución estadísticamente significativa ($\chi^2=6.2599$, $p=0.2817$) (Grafica 2 y 3).



Gráfica 2. Correlación de la presencia de trastornos psiquiátricos según la fase de seguimiento.

En la grafica 3 los pacientes 1, 2, 9 y 10 disminuyeron sus trastornos, en los pacientes 3, 6, 7 y 8 no modificaron su número de trastornos. El paciente 5 no presento trastorno alguno ni antes ni después de la cirugía, el paciente 4 evolucionó de 1 trastorno a 2 trastornos en la fase posquirúrgica.



Grafica 3. Numero de Trastornos por Paciente según Fase de Seguimiento

Tabla 1.*

PACIENTE	Fase	EDM	TD	TA	TEPT	TP	TAG	Total
1	1. Pre	0	1	1	0	0	0	2
	2. Post	0	0	0	0	0	1	1
2	1. Pre	0	1	0	0	0	1	2
	2. Post	0	0	0	0	0	0	0
3	1. Pre	0	1	0	0	0	0	1
	2. Post	0	0	0	1	0	0	1
4	1. Pre	1	0	0	0	0	0	1
	2. Post	0	1	0	0	0	1	2
6	1. Pre	0	0	0	0	1	0	1
	2. Post	0	0	0	0	1	0	1
7	1. Pre	0	0	0	0	1	0	1
	2. Post	0	0	0	0	1	0	1
8	1. Pre	0	1	0	0	0	0	1
	2. Post	0	0	0	0	0	1	1
9	1. Pre	0	1	0	0	0	0	1
	2. Post	0	0	0	0	0	0	0
10	1. Pre	0	0	0	0	1	0	1
	2. Post	0	0	0	0	0	0	0

*Los pacientes 5,6 y 7 no se describen porque permanecen sin cambios.

Los trastornos se modificaron para algunos pacientes como lo revela **la tabla 1**.

En el caso del paciente 1 en la fase pre presenta dos trastornos: TD y TA y ya en la fase post solo tiene un trastorno: TAG.

En el caso del paciente 2 en la fase pre reúne criterios para un TD y un TAG, sin embargo en la fase post ya no presenta ningún trastorno.

Para el paciente 3 en la fase pre presenta un TD y en la fase post dicho trastorno ya no está presente sin embargo reúne criterios para TEPT.

El paciente 4 en la fase pre se diagnostica un EDM y en la fase post ya no aparece dicho trastorno sin embargo reúne criterios para dos trastornos: TD y TAG.

Para el paciente 8 en la fase pre tiene un TD y en la fase post ya no aparece dicho trastorno sin embargo reúne criterios para: TAG.

Para el paciente 9 en la fase pre se diagnostica un TD y en la fase post ya no cumple criterios para dicho trastorno.

Para el paciente 10 en la fase pre hay un TP y ya en la fase post dicho trastorno ya no reúne criterios.

Ahora vamos a describir la interacción entre área quirúrgica intervenida, trastorno y fase de seguimiento que se concentran en la **tabla 2**.

Tabla 2.*

Fase	Área Quirúrgica Intervenida	EDM	TD	TA	TEPT	TP	TAG	Total
1. Pre	Cir1 (1,2)	0	2	1	0	0	1	4
1. Pre	Cir2 (3,5,9)	0	2	0	0	0	0	2
1. Pre	Cir3 (4y8)	1	1	0	0	0	0	2
1. Pre	Cir4 (6,7)	0	0	0	0	2	0	2
1. Pre	Cir5 (10)	0	0	0	0	1	0	1
Sub Total		1	5	1	0	3	1	11
2. Post	Cir1 (1,2)	0	0	0	0	0	1	1
2. Post	Cir2 (3,5,9)	0	0	0	1	0	0	1
2. Post	Cir3 (4 y 8)	0	1	0	0	0	2	3
2. Post	Cir4 (6,7)	0	0	0	0	2	0	2
2. Post	Cir5 (10)	0	0	0	0	0	0	0
Sub Total		0	1	0	1	2	3	7
Total		1	6	1	1	5	3	16

*No se describe la cirugía tipo 4 porque permanece sin cambios.

La cirugía tipo 1 (lobectomía frontotemporal), reúne 4 trastornos en la fase pre: 2 TD, 1 TA y 1 TAG. Para la fase post solo se detectó 1 TAG para el área quirúrgica intervenida.

Para la cirugía tipo 2 (lobectomía temporal+amigdaló-hipocampectomía) reúne en la fase pre 2 TD y en la fase post se detectó para el área quirúrgica intervenida solo 1 TEPT.

En la cirugía tipo 3 (lobectomía frontal) se detectó en la fase pre un EDM y 1 TD y para la fase post el resultado es de 3 trastornos para el área quirúrgica intervenida; 1 TD y 2 TAG.

En la cirugía tipo 5 (callosotomía) en la fase pre se detectó 1 diagnóstico de TP y en la fase post el resultado para el área quirúrgica intervenida es que ya no aparece el trastorno.

A continuación se muestra la **tabla 3** que establece la correlación por paciente, foco epiléptico, área quirúrgica intervenida y observaciones posquirúrgicas.

PACIENTE	FOCO EPILEPTOGENO	AREA QUIRURGICA INTERVENIDA	OBSERVACIONES POSQUIRURGICAS
1	LOBULO TEMPORAL DERECHO	LOBECTOMIA FRONTOTEMPORAL (Cir 1)	Con la Cir 1 se observó que el paciente 1 tiene una disminución al pasar de 2 trastornos (TD y TA) en la fase pre a un 1 trastorno de TAG en la fase post.
2	LOBULO FRONTAL IZQUIERDO	LOBECTOMIA FRONTOTEMPORAL (Cir 1)	Con la Cir 1 se observó que el paciente 2 tiene una disminución al pasar de 2 trastornos (TD y TAG) en la fase pre a ningún trastorno en la fase post.
3	LOBULO TEMPORAL IZQUIERDO	LOBECTOMIA TEMPORAL+AMIGDALO-HIPOCAMPECTOMIA (Cir 2)	Con la Cir 2 se observó que el paciente 3 tiene modificaciones al pasar de con TD en la fase pre a desaparecer dicho trastorno, sin embargo reúne criterios para 1 (TEPT) en la fase post.
4	LOBULO FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO	LOBECTOMIA FRONTAL (Cir 3)	Con la Cir 3 se observó que el paciente 4 tiene 1 EDM en la fase pre y al pasar a la fase post desaparece el EDM sin embargo reúne criterios para 2 trastornos: TD y el TAG.
5	LOBULO TEMPORAL DERECHO	LOBECTOMIA TEMPORAL+AMIGDALO-HIPOCAMPECTOMIA (Cir 2)	Con la Cir 2 se observó que el paciente 5 no tiene cambios ya que en la fase pre y post no se detectaron diagnósticos.
6	LOBULO FRONTOTEMPORAL IZQUIERDO	LOBECTOMIA TEMPORAL (Cir 4)	Con la Cir 4 se observó que el paciente 6 permanece sin cambios al pasar de una fase pre a una post ya que el TP está presente en ambas fases.
7	LOBULO TEMPORAL IZQUIERDO	LOBECTOMIA TEMPORAL (Cir 4)	Con la Cir 4 se observó que el paciente 7 permanece sin cambios al pasar de una fase pre a una post ya que el TP está presente en ambas fases.
8	LOBULO FRONTOPARIETAL IZQUIERDO	LOBECTOMIA FRONTAL (Cir 3)	Con la Cir 3 se observó que el paciente 8 pasa de la fase pre con 1 TD a la fase post sin dicho trastorno, sin embargo reúne criterios para 1 (TAG).
9	LOBULO TEMPORAL DERECHO	LOBECTOMIA TEMPORAL+AMIGDALO-HIPOCAMPECTOMIA (Cir 2)	Con la Cir 2 se observó que el paciente 9 se detectó 1TD en la fase pre y en la fase post ya no reúne criterios para dicho trastorno.
10	BROTOS GENERALIZADOS	CALLOSOTOMIA (Cir 5)	Con la Cir 5 se observó que el paciente 10 reúne criterios en la fase pre para 1 TP y en la fase post dicho trastorno ya no está presente.

Discusión:

La población estudiada fue de 10 pacientes con un 70% para hombres (7) y 30% para mujeres (3). Los diagnósticos detectados en estos pacientes fueron 6 trastornos que de acuerdo al instrumento utilizado (MINI) se observaron: Episodio depresivo mayor (EDM), Trastorno Distímico (TD), Trastorno de Angustia (TA), Trastorno por Estrés PostTraumático (TEPT), Trastornos Psicóticos (TP) y Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Lo nuevo y relevante en este estudio de casos es haberlos encontrado en nuestra población. Estos resultados permiten responder el objetivo del estudio, observando que los pacientes con epilepsia tienen una prevalencia alta de trastornos psiquiátricos comorbidos y como lo han registrado en la literatura Titlic y cols., los trastornos psiquiátricos más comunes en epilepsia de adultos han sido la depresión, la ansiedad y la psicosis misma que es idéntica a lo observado en el presente estudio.

De 6 trastornos observados; en 4 de ellos hubo disminución; dichos trastornos fueron: EDM, TD, TA y TP; en los otros 2 trastornos (TEPT y TAG) se observó un incremento de 1 y 3 casos respectivamente. 4 pacientes reflejaron disminución de trastornos y 1 paciente reflejó un incremento y 5 pacientes no tuvieron cambios.

En 4 pacientes se observó que los trastornos desaparecen por completo en la fase post. ¿Cómo explicar esta mejoría? Como lo señala Devinsky y cols., la depresión y la ansiedad en pacientes con epilepsia refractaria significativa mejoraron después de la cirugía de epilepsia, especialmente en aquellos que estuvieron libres de convulsiones.

¿Por qué aparece 1 trastorno nuevo que no estaba presente en la fase pre?

De acuerdo con Ovsiew y cols, han observado que los pacientes tienen un diagnóstico del eje I antes y después de la cirugía. Y los pacientes tienen un incremento transitorio en los síntomas después de la cirugía y muchos pacientes han tenido nuevos inicios de trastornos psiquiátricos.

Marcangelo y Ovsiew afirman que estos hallazgos enfatizan que los pacientes necesitan ser manejados activamente para los síntomas existentes en los trastornos psiquiátricos y para los síntomas de nuevo-inicio en las primeras semanas y meses posteriores a la cirugía. En el largo plazo muchos estudios parecen apuntar hacia un mejoramiento para los pacientes después de la cirugía en lo que respecta a la frecuencia de las crisis convulsivas y a la calidad de vida.

Por último dos variables a considerar podría ser el estrés y una personalidad pre mórbida ansiosa y el estar sometidos a una cirugía mayor quizás los haga susceptibles a presentar 1 TEPT o 1 TAG.

En cuanto al tipo de cirugía observamos que la tipo 1 (lobectomía frontotemporal) mejora los trastornos en los pacientes 1 y 2. La tipo 2 (lobectomía temporal+amigdalohipocampectomía) mejora el trastorno en el paciente 9. Y la cirugía tipo 5 (callosotomía) mejora el trastorno en el paciente 10.

Los pacientes 1 y 9 habiendo observado una mejoría se puede hacer la correlación con el foco epiléptico; en ambos pacientes está localizado en el lóbulo temporal, como lo señalan Marcangelo y cols, la cirugía para la Epilepsia del Lóbulo Temporal (TLE) ha llegado a ser una de las técnicas quirúrgicas más comunes que tienen mejoría.

Para los pacientes 3 y 8 no se observan cambios a cuanto al número de trastornos, lo que observamos es que el paciente 3, de reunir en la fase pre quirúrgica 1 TD y ya no presentar los síntomas post cirugía, nos llama la atención que reúne criterios de 1 TEPT en la fase postquirúrgica, a su vez el paciente 8 presenta 1 TD en la fase pre quirúrgica y en la fase posquirúrgica ya no reúne criterios para dicho trastorno, sin embargo si reúne criterios diagnósticos para un TAG.

Y similares resultados también se observan para los pacientes 1 y 4, que habiendo reunido para ambos pacientes criterios para un EDM, en la evaluación posquirúrgica se detectan dos nuevos trastornos: TD y dos TAG.

Finalmente como lo afirman Wrench y cols, la incidencia y los factores que contribuyen a la aparición de trastornos psiquiátricos postquirúrgicos así como el riesgo relativo de tales complicaciones para los diferentes tipos de resección permanecen inciertos.

Conclusiones

Quizás la relevancia de este estudio consiste en que se realizaron evaluaciones en forma sistemática y nos permitieron visualizar los cambios posteriores a la cirugía de epilepsia en lo que respecta a la parte de los diagnósticos neuropsiquiátricos. Y nos permite comprender los cambios desde un nivel neurobioquímico hasta un nivel conductual cuando los pacientes son sometidos a procedimientos de esta índole.

Los hallazgos mejoraron evidentemente los síntomas depresivos y en menor medida los ansiosos, sin embargo la explicación de porqué aparecen otros trastornos entre ellos el TEPT, y TAG; podría ser parte de nuestra conclusión que el estrés podría ser una variable que influya en los pacientes al estar sometidos a un procedimiento quirúrgico mayor.

Finalmente se requiere de un seguimiento a largo plazo para ver si dichos trastornos disminuyen, son de nuevo-inicio, se erradican o reaparecen, ya que debido al tamaño de la muestra puede no tener resultados altamente significativos por lo que se recomienda continuar con este estudio en el futuro.

BIBLIOGRAFIA:

1. Carolyn J Hildreth; Cassio Lynn; Richard M. Glass, Epilepsy surgery, JAMA 2008; 300 (21):2568.
2. Jerome Engel Jr, MD, PhD, Surgical Treatment for Epilepsy, too little, too late?, JAMA 2008; 300 (21):2548-2550.
3. Zarate Méndez A., Cervera Maltos U.R, Ramírez Castañeda V., Hernández Salazar M., Placencia Isais N., Lorenzana Galicia R.D., Ortiz Mejía C.G., Resultados a mediano plazo en epilepsia refractaria tratada mediante callosotomía, Archivos de Neurociencias. Vol.9 N.1, México, Mar. 2004. pag.18-24.
4. Beleza P., A Clinically Oriented Review, European Neurology Refractory Epilepsy: 2009; 62:65-71.
5. Titlic M, Basic S, Hajnsek S, Lusic I. Comorbidity Psychiatric Disorders in Epilepsy: A review of literature. Bratisl Lek Listy 2009; 110(2) 105-109.
6. Orrin Devinsky, Psychiatric comorbidity in patients with epilepsy: implications for diagnosis and treatment, Epilepsy & Behavior 4 (2003) S2-S10.
7. Swinkels and cols, Psychiatric comorbidity in epilepsy, Epilepsy & Behavior 7 (2005) 37-50.
8. Kimford Meador, M.D., Psychiatry Problems after Epilepsy Surgery, Epilepsy Curr, 2005 January; 5(1):28-29.
9. Pedro E Hernandez-Frau, MD, Psychiatric Disorders Associated With Epilepsy, eMedicine from WebMD Medscape's Continually Updated Clinical Reference, Updated Jan 14, 2010.
10. Michael J. Marcangelo, MD, Fred Ovsiew, Md, Psychiatric Aspects of Epilepsy, Psychiatric Clinics of North America 30 (2007) 781-802.
11. Andres M. Kanner, When did neurologists and psychiatrists stop talking to each other?, Epilepsy & Behavior 4 (2003) 597-601.
12. Priscilla Camille Barioni Salgado; Fernando Cendes, Life adjustment after surgical treatment for temporal lobe epilepsy, Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology, vol.15 no.2 Porto Alegre June 2009.
13. García Portilla, M.T. Bascarán, P.A. Saiz, M. Parellada, M. Bousoño, J. Bobes, Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, M.P. 5.^a edición, Ars Medica, pag. 3.