

**DISTRIBUCION
DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS
EN COMORBILIDAD CON EPILEPSIA,
ESTUDIO LONGITUDINAL SOBRE 500 CASOS
(1983 - 1998)**

Prof. Agdo. Mario Orrego Bonavita

Dpto. de Investigación Neuropsiquiátrico
Centro de Epilepsia
Hospital Gustavo Saint Bois
Montevideo - Uruguay

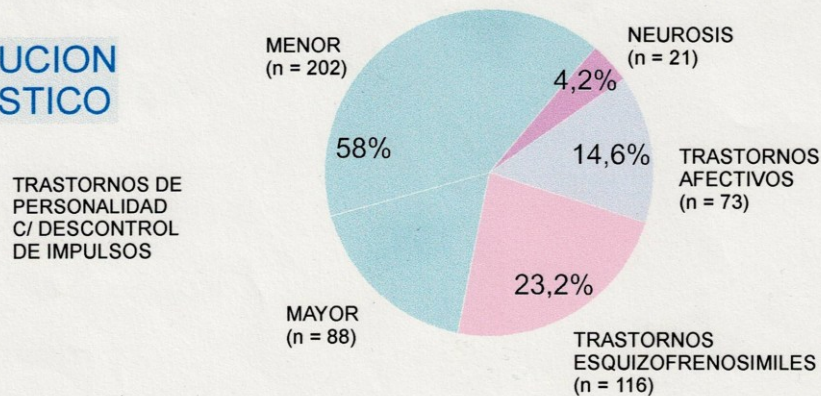
Correo electrónico: ayelen@adinet.com.uy

Asesores Integrantes del equipo:

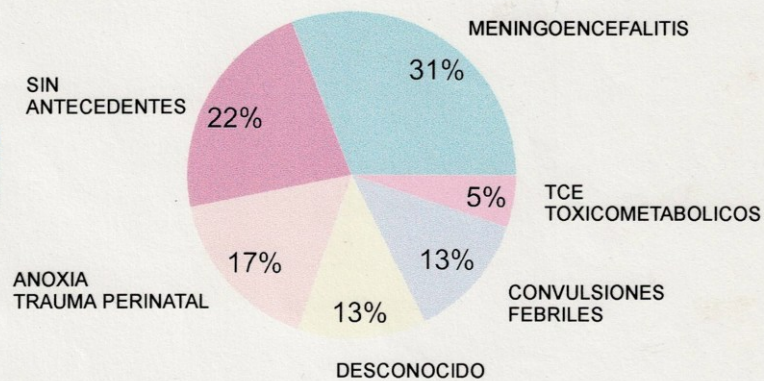
Ex. Prof. Agdo. Alejandro Bianchi Saus
(Epilepsia EEG Mapeo Cerebral)
Alicia Muñoz Rodriguez
(Técnica especializada en laboratorio de neurofisiología)

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ASOCIADOS A EPILEPSIA

DISTRIBUCION DIAGNOSTICO



ANTECEDENTES PATOLOGICOS



SECUENCIA DE COMORBILIDAD

N = 500	INICIO	LATENCIA	COMORBILIDAD
n = 189	TRASTORNO PSIQUIATRICO	5 AÑOS	EPILEPSIA
n = 187	EPILEPSIA	14 AÑOS	TRASTORNO PSIQUIATRICO
n = 124	SIMULTANEO	-----	-----

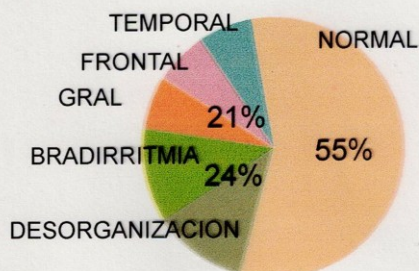
MODELO I : ENCEFALOPATIA DISFUNCIONAL ASOCIADA A EPILEPSIA ACTIVA (n = 428 - 85,6%)

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ICTALES (n = 88 - 17,6%)



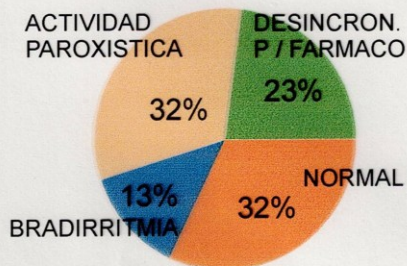
- EQUIVALENCIA TRASTORNO PSIQ. Y CRISIS EPI (CERTEZA O HIPOTESIS)
- IMPORTANCIA EEG URGENCIA Y DIFERIDO REPOSO
- BANCO DATOS PATRON PATOLOGICO IDEOSINCRASICO

T. P. DESCONTROL MAYOR DE IMPULSOS (n = 53 - 10,6%) EEG DIFERIDO



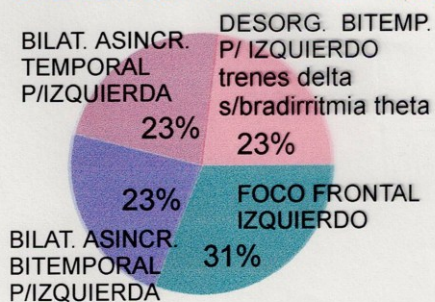
- EEG, señal lenta similar % paroxística
- Brotes esporádicos ondas δ , alto voltaje (2-3 C/S) de trenes monomorfos sobre actividad de fondo θ (6-7 c/s) disfunción subcortical proyectada a corteza
- Actividad paroxística a predominio focos anteriores izquierdos (frontal, frontotemp. temporal anterior)

ESTUPOR (n = 22 - 4,4%) EEG INTRACRITICO



- EEG rutina, previo a medicación y ECT
- Ritmo rápido farmacológico impide visualizar actividad de fondo, encubre enlentecimientos
- Bradirritmia difusa (sin desorganización ni trenes monomorfos)
- Se mantiene tendencia act. parox. B.A.A con focos izq. o focos netos ant. izq.
- Estado de mal no convulsivo

C. EXCITAC. - AUTOMAT. - ALUCINACIONES (n = 13 - 2,6%) EEG DIFERIDO

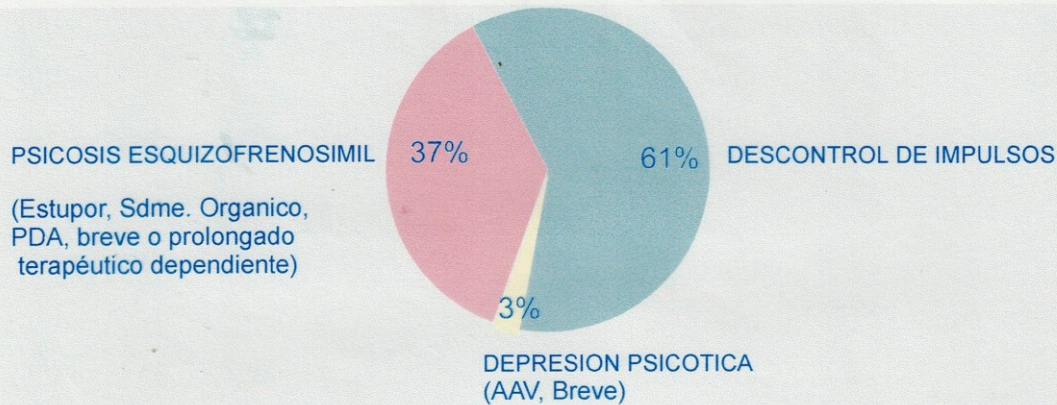


- Señales intensas de enlentecimiento, trenes monomorfos δ proyectado sobre bradirritmia θ bitemporal a predominio izquierdo.
- Intensa actividad paroxística focal ant. Izq.
- Diagn. diferencial crisis psicógenas
- Crisis. Parcial simple (pánico-alucinaciones)
- Crisis Parcial compleja (automat. eupráticos)
- Estado de mal no convulsivo (automatismos impúdicos - paranoides prolongados horas)

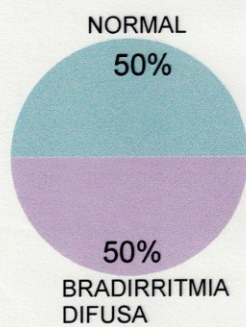
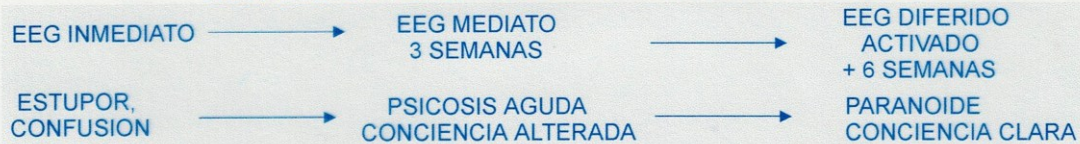
MODELO I : ENCEFALOPATIA DISFUNCIONAL ASOCIADA A EPILEPSIA ACTIVA (n = 428 - 85,6%)

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS POSTICTALES (n = 38 - 7,6%)

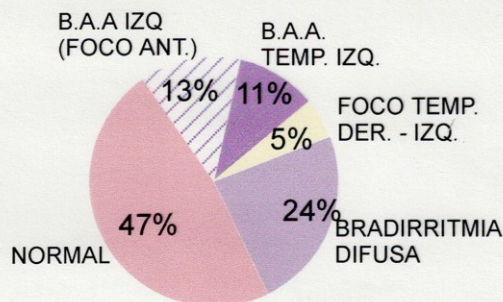
➤ 24 A 72 Hs RACIMO CRISIS S/T GRAN MAL Y PARCIAL COMPLEJA 2^{RIA} GENERAL.



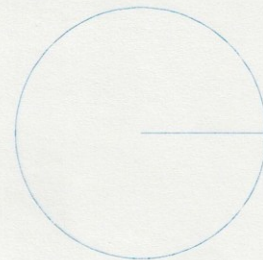
➤ SECUENCIA CLINICO EEG CONCORDANTE



● Trazado normal y lento



- Prevalencia del trazado normal y lento.
- Mejoría del ritmo de fondo.
- Aparición de actividad paroxística bilateral, asincrónica, frontal y temporal p/ izquierdo.
- Mínima focalización, registro propagación.



- Normalización del trazado de fondo.
- Mayor tendencia a la focalización s/t temporal y t. parietal izquierdo, aveces bitemporales

➤ IMPORTANCIA DE EEG SERIADA Y OPORTUNIDAD

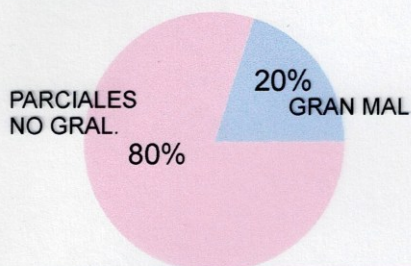
MODELO I : ENCEFALOPATIA DISFUNCIONAL ASOCIADA A EPILEPSIA ACTIVA
(n = 428 - 85,6%)

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS INTERICTALES (n = 302 - 60,4%)

- SIMIL O IDENTICO TRASTORNO EJE 1 C/EEG NORMAL AÑOS
- 2 - 6 SEMANAS LIBRES DE CRISIS / NORMALIZACION FORZADA
- GRADIENTE DE ANOMALIAS CLINICO - EEG CONCORDANTES

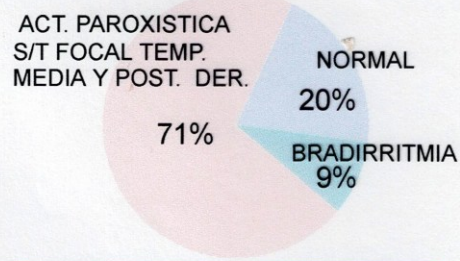
TRASTORNO DE PERSONALIDAD CON DESCONTROL MENOR DE IMPULSOS
(n = 182 - 36,4 %)

EPILEPSIA CRISIS



- 80 % crisis no convulsivas
difícil identificación
- Menor repercusión

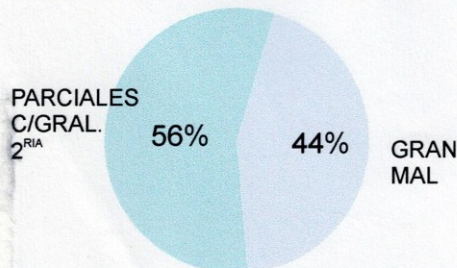
EEG SERIADO SUEÑO INDUCIDO Y/O PRIVACION



- notoria prevalencia act parox. focal temp. lateralizada der. (44%)
- Poco enlentecimiento

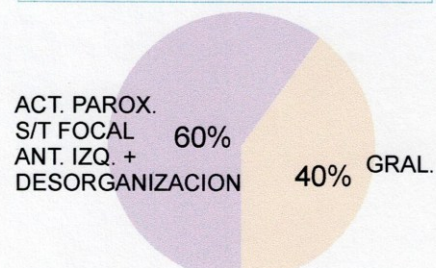
TRASTORNO ESQUIZOFRENOSIMIL Y T. P. DESCONTROL MAYOR IMPULSOS
(n = 41 - 8,2%)

EPILEPSIA CRISIS



- 100% ataques convulsivos
fácil identificación
- Mayor repercusión

EEG SERIADO SUEÑO INDUCIDO Y/O PRIVACION



- Prevalencia actividad paroxística focal ant. lateralizada a izq. (52%)
- Gran enlentecimiento

➤ **TENDENCIA EEG Y AFECTACION COGNITIVA**

MODELO I : ENCEFALOPATIA DISFUNCIONAL ASOCIADA A EPILEPSIA ACTIVA
(n = 428 - 85,6%)

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS INTERICTALES (n = 302 - 60,4%)

■ **TRASTORNOS AFECTIVOS T. DEPRESIVOS Y BIPOLAR** (n = 72 - 14,4%)

TRASTORNO
DEPRESIVO MENOR

35%

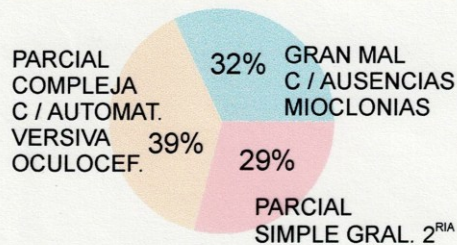
50%

TRASTORNO
DEPRESIVO MAYOR

TRASTORNO
BIPOLAR

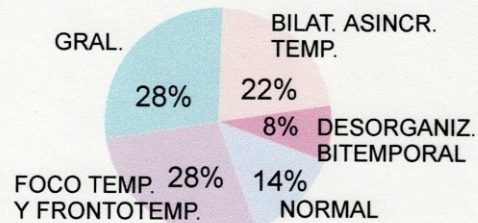
15%

EPILEPSIA CRISIS



- Mayoría crisis parciales (67%)
- Predominio convulsiones (61%)
- alta incidencia automatismos difícil reconocimiento (39%)

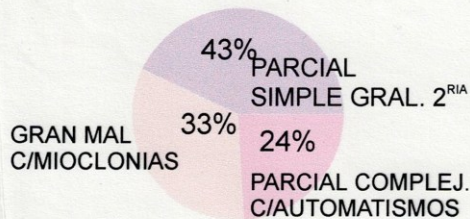
EEG SERIADO SUEÑO INDUCIDO Y/O PRIVACION



- Simil proporción act. parox. gral., bilat asincrónica temporal y focal neta.
- Focalización ant. temp. frontotemp.
- No prevalece izq. Bradirritmia y trenes.

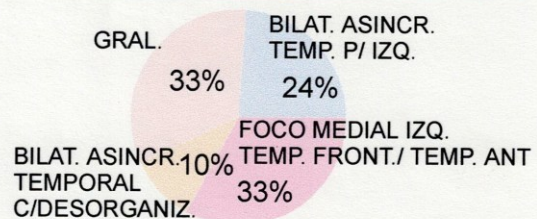
■ **NEUROSIS** (n = 21 - 4,2%) ➤ **COMORBILIDAD**
➤ **DIFER. C. EPI / C. CONVERSIVAS = REG. SIMULTANEO VIDEO - EEG**

EPILEPSIA CRISIS



- Mayoría crisis parciales (67%)
- Predominio convulsiones (76%)
- Difícil reconocimiento (24%)

EEG SERIADO SUEÑO INDUCIDO Y/O PRIVACION

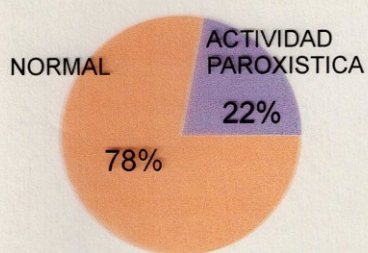


- Simil proporción actividad paroxística gral. bilateral asincrónica temporal y focal neta.
- Focalización medial izquierda temporal.
- Enlentecimiento asociado act. parox. temp.

MODELO II : ENCEFALOPATIA DISFUNCIONAL ASOCIADA A EPI. INACTIVA
(n = 72 - 14,4 %)

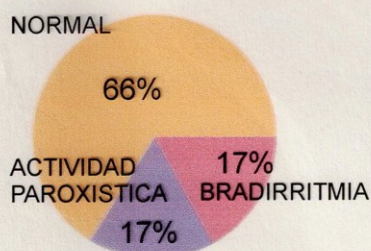
- MAS DE 10 AÑOS SIN CRISIS EPILEPTICAS
- ANOMALIAS CLINICO EEG CONCORDANTES
- GRADIENTE PROGRESIVO DE ENLENTECIMIENTO EN RELACION CON ANTECEDENTE DE FRECUENCIA DE CRISIS EPILEPTICAS

ANTECEDENTES CRISIS AISLADAS GRAN MAL Y FEBRIL INFANCIA (n = 23 - 4,6%)



Asociada psicosis esquizofrenosímil y afectivo símil
intelecto conservado.
Predomina trazado normal
Ritmo de fondo organizado EEG convencional
Escasa actividad paroxística focal anterior izquierda
y B.A.A temporal

ANTECEDENTES CRISIS FRECUENTES GRAN MAL INFANCIA (n = 35 - 7%)



Asociada psicosis esquizofrenosímil y T. de P.
con descontrol de impulsos / intelecto afectado
Predomina trazado normal
Leve desorganización ritmo de fondo
Escasa act. parox. BSS y BAA mínima focalización

ANTECEDENTES CRISIS FRECUENTES GRAN MAL INFANCIA (n = 14 - 2,8%)

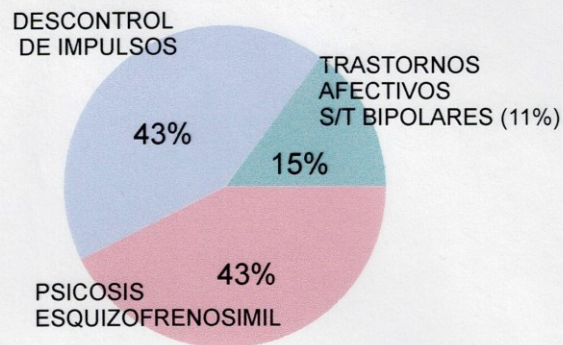


Asociada conducta discordante y descontrol impulso
retardo mental
Intensa desorganización ritmo de fondo
(delta 2,5 - 3 c/salto voltaje difuso, permanente)

MODELO III : ENCEFALOPATIA DISFUNCIONAL NO ASOCIADA A EPILEPSIA (N = 54)

- A EXCLUSIVA MANIFESTACION COMPORTAMENTAL PATOLOGIA PSIQUIATRICA MAYOR REFRACTARIA O CON BENEFICIO LIMITADO A LA TERAPEUTICA CONVENCIONAL
- SIN ANTECEDENTES CRISIS CONVULSIVAS AISLADAS O FEBRILES

DISTRIBUCION



- MARCADA BIOLOGICAMENTE POR ENLENTECIMIENTO RITMOS CEREBRALES EN VIGILIA

PATRON ELECTROFISIOLOGICO

EEG CONVENCIONAL

- Brotes o trenes onda lenta theta o delta monomorfas
alto voltaje
proyectadas
sobre actividad de fondo básica
(normal o bradirritmia leve)

EEG CUANTITATIVO (MAPEO)

- Frecuencia dominante theta.
Se objetiva en histograma.
Distribución bilateral s/t regiones ant. (bifrontal sagital, bifrontosagital) y a veces bifrontotemporal.
Enlentecimientos proyectados reales, persistentes al cambio de derivaciones, igual intensidad.
- Disminución reactividad alfa A/O no bloquea (mas 50% inmediato) idem theta. Disminución cociente alfa / theta.

- SON DISFUNCIONALES, A VECES REGRESIVAS (CBZ - VAL)
- GRUPOS NEURONALES PROFUNDOS (CORTICO - SUBCORTICALES)

Las Principales observaciones de este estudio sugieren:

1) Destacar la importancia de la disfunción frontal y convalidar la noción de prevalencia genérica de disfunción temporal en la producción de síndromes psiquiátricos.

2) Señalar la importancia de la señal lenta (E.E.G.) como indicador de anomalía (Bradirritmia, Desorganización) en presencia o ausencia de señal paroxística.

3) Identificar un patrón E.E.G. característico de señal lenta transitoria (trenes o brotes theta o delta, alto voltaje, monomorfos, reactivos A/O) como indicador de disfunción neuronal subcortical de estructuras límbicas.

Las Principales observaciones de este estudio sugieren:

4) Marcar la tendencia de localización anterior y lateralización izquierda para las disfunciones de mayor repercusión cognitiva (T. esquizofrenosimiles y T.P. con descontrol mayor de impulsos).

5) Marcar como tendencias para las disfunciones de menor repercusión cognitiva, la falta de prevalencia izquierda (T. afectivos y T.P. con descontrol menor de impulsos) y la localización media o posterior (T.P. con descontrol menor de impulsos y Neurosis).

6) Convalidar la mayor repercusión cognitiva en la Epilepsia de difícil control, con mayor frecuencia de reiteración de crisis convulsivas. (Gran mal o generalización de crisis parciales).

En término de directrices clínicas se recomienda la realización de:

- 1) E.E.G. seriada, a pesar de resultados normales, buscando la oportunidad de realización intracrítica, postcrítica o intercrítica, en vigilia (señal lenta) o con sueño inducido previa privación de 26 hrs. (señal paroxística).
- 2) E.E.G. de urgencia en el estupor, y en síndromes psiquiátricos típicos en ausencia de antecedentes personales o familiares, o historia previa de agravio o riesgo encefálico.
- 3) E.E.G. de rutina, previa coordinación de E.C.T. por la posibilidad de su contraindicación.