

Neurology Times

El diagnóstico desatendido: los trastornos del estado de ánimo en los pacientes epilépticos

Marco Mula, MD, PhD

El Dr. Mula es consultor de neurología y epileptología del Atkinson Morley Regional Neuroscience Centre, parte del NHS Foundation Trust del St George's University Hospital, y Profesor Titular de St George's University, Londres.

Los estudios realizados a la fecha coinciden en demostrar que la depresión y otros trastornos del estado de ánimo suelen ser condiciones comórbidas con la epilepsia. Asimismo, datos arrojados por las investigaciones efectuadas en la población general reportan que entre los pacientes epilépticos, los índices de prevalencia de estas alteraciones son de entre un 20% y un 22%, índices superiores a los de la población general.

En poblaciones específicas, como las de los centros con internación, la prevalencia es superior, con rangos del 30% al 50%. Estos rangos tan amplios parecen estar asociados con la severidad de las crisis. Por ejemplo, en pacientes sin crisis, se estima que solo el 4% sufre de depresión.¹

Una relación complicada

La relación entre depresión y epilepsia es compleja. Algunos estudios epidemiológicos han sugerido que el vínculo no necesariamente es unidireccional, sino bidireccional: así, algunos pacientes desarrollan un trastorno psiquiátrico antes de presentar episodios de crisis epilépticas.² Tal bidireccionalidad se ha observado en otros trastornos, como la enfermedad de Parkinson, el ACV, la demencia, la diabetes y la enfermedad cardiovascular, lo cual sugiere que la depresión está implicada con una serie de dolencias crónicas.

En el caso de la epilepsia, son muchas las variables neurobiológicas y psicosociales que juegan un rol en este complejo entramado. En el ámbito psicosocial, la estigmatización y las limitaciones sociales que sufren los pacientes epilépticos pueden derivar en la desmoralización y la baja autoestima. En el ámbito neurobiológico, la fisiopatología de la epilepsia está entrelazada con problemas del estado del ánimo. En forma similar, al parecer el compromiso como focos epileptogénicos de áreas cerebrales específicas como los lóbulos temporales, mayor severidad o refractariedad de las crisis epilépticas y en menor medida los efectos psicotrópicos de ciertos fármacos antiepilépticos contribuyen a los elevados índices de trastornos del estado de ánimo en la epilepsia.

Niños, depresión y epilepsia

Históricamente, la depresión y su vínculo con la epilepsia han sido objeto de estudio en adultos, por lo que la investigación epidemiológica de la depresión en niños epilépticos es limitada en comparación. Sin embargo, índices actuales dan cuenta de un mayor riesgo de depresión en esta población. Por ejemplo, un estudio prospectivo con seguimiento a nueve años, realizado en niños recientemente diagnosticados con epilepsia, reveló una prevalencia de depresión del 13%, mayor al de la población general en ese grupo étnico. Por otro lado, un relevamiento a nivel nacional efectuado en Estados Unidos arrojó la presencia de depresión en 8% de niños con epilepsia a la fecha del estudio, un 7% de niños con antecedentes de crisis y un 2% de niños del grupo testigo.

Fueron similares los valores arrojados por un estudio realizado en la comunidad en general y dirigido a niños epilépticos de entre 5 y 15 años de edad, en el Reino Unido. Por todas estas razones, es importante contar con más datos acerca de la población infantil con epilepsia.

Llegar al diagnóstico

Los trastornos del estado de ánimo en la epilepsia constituyen un importante marcador

pronóstico. La depresión no solo se asocia a una mala calidad de vida, también se relaciona con pobre adherencia al tratamiento, mayor riesgo de refractariedad farmacológica, mala evolución post cirugía, y mayor severidad de las crisis. Por eso, la detección precoz de los trastornos del ánimo en la epilepsia reviste implicancias considerables en el manejo del síndrome epiléptico de cada paciente.

La fenomenología de la depresión en pacientes epilépticos supo ser materia de debate durante muchos años. Esto es crucial desde lo clínico, pues implica diferencias en los instrumentos necesarios para llegar al diagnóstico, en las estrategias terapéuticas y en última instancia, en el pronóstico de cada paciente. Aunque los pacientes con epilepsia desarrollan trastornos del estado de ánimo con características clínicas similares a las observadas en pacientes no epilépticos, existen reportes científicos que describen que los cuadros depresivos en la epilepsia, pueden caracterizarse por rasgos atípicos que no se reflejan cabalmente en los sistemas de clasificación convencionales, como el DSM y el ICD.

Durante el Siglo XX, Blumer acuñó el término trastorno disfórico interictal con el objeto de distinguir un subtipo de trastorno depresivo somatomorfo que parecía darse con frecuencia entre los pacientes con epilepsia.³ Dicho trastorno estaba caracterizado por un componente de inestabilidad del estado de ánimo asociada a ansiedad y síntomas somáticos. Los estudios modernos han señalado que este cuadro no es específico a la epilepsia, pues también se diagnostica en pacientes con otros tipos de compromiso neurológico.

La ansiedad como comorbilidad (manifestada como fobia social y/o trastorno de ansiedad generalizado) también es un componente con frecuencia significativa en la epilepsia. Lo que parece ser típico de los pacientes epilépticos es la presencia de un patrón específico de síntomas anímicos, tales como la disforia y los cambios repentinos de humor en la instancia interictal. Son estos los que parecen ser los responsables de los rasgos pleomórficos del así llamado trastorno disfórico interictal.

Todos los pacientes con epilepsia deberían ser evaluados precozmente, de modo de identificar posibles trastornos del estado de ánimo, los que podría implicar un problema clínico de importancia. Los desórdenes psiquiátricos suelen desestimarse, quedando sin tratamiento, salvo que sean lo suficientemente graves como para provocar discapacidad severa. Esto puede deberse a la escasa familiaridad que tienen los neurólogos con las evaluaciones des-

tinadas a detectar estos trastornos, y con las medicaciones empleadas para tratarlos.

Se han validado algunos instrumentos de diagnóstico psiquiátricos en epilepsia, con el fin de detectar trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, a saber: el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión y la Escala Hospitalaria de Ansiedad. Sin embargo, el Inventario de Depresión en Trastornos Neurológicos en Pacientes con Epilepsia (NDDIE, por sus siglas en inglés) es actualmente el test más conocido: fue desarrollado específicamente para pacientes con esta dolencia, es accesible para el usuario y es fácil de utilizar en la práctica asistencial ambulatoria.

Consideraciones terapéuticas

En los últimos años, la Liga Internacional contra la Epilepsia publicó una serie de artículos sobre un abordaje pragmático a estos problemas. Estos trabajos están basados en la evidencia arrojada en estudios de trastornos psiquiátricos primarios y la idea es que brinden una orientación práctica a la hora de diagnosticar y tratar trastornos del estado de ánimo en pacientes con epilepsia.

Se considera que la combinación de antidepresivos con terapia cognitivo-conductuales como terapia de primera línea para el trastorno depresivo mayor y gran parte de los trastornos de ansiedad. El efecto de estos fármacos sobre el umbral de las crisis ha sido históricamente materia de preocupación para los clínicos. Sin embargo, esta inquietud está fundada en un supuesto a priori —derivado de pacientes que, en forma precoz y anecdótica, reportaban sufrir de crisis epilépticas durante su tratamiento con estas drogas— y en resultados de EEG que mostraban anomalías epilépticas durante la terapia con tricíclicos. Algunos estudios realizados más adelante aclararon que el riesgo de crisis supuestamente mayor era cierto, pero solo para algunos compuestos específicos.⁴

Los datos arrojados por ensayos controlados y estudios clínicos muestran que ciertos antidepresivos tricíclicos a dosis elevadas (> 200 mg por día y especialmente amitriptilina y clomipramina) y bupropión a altas dosis (> 450 mg) se asocian con un mayor riesgo de crisis epilépticas.⁵ No obstante, los ISRS son completamente seguros en términos de riesgo de crisis. La sertralina y el citalopram son los que cuentan con el mayor corpus de datos con respecto a su seguridad. Por esta razón, ambos

se consideran tratamientos de primera línea. Si bien puede considerarse razonable prescribir los antidepresivos a dosis de inicio bajas, debe tenerse en cuenta que esto no significa que también la dosis utilizada sea baja, pues la remisión completa debería ser el objetivo primordial. De hecho, los antiepilépticos con propiedades de inducción (p. ej., carbamazepina, fenitoína y barbitúricos) reducen los niveles hematológicos de casi todos los antidepresivos, con lo cual en algunos pacientes pueden ser necesarias dosificaciones elevadas.

Luchar contra el doble estigma: educación y contención para el paciente

Es fundamental hablar con los pacientes para abordar con éxito cualquier inquietud referida a la salud mental. Son muchos los recursos disponibles para esto. Los pacientes también pueden recurrir a los sitios web de un sin número de asociaciones, como por ejemplo la American Epilepsy Society y la Epilepsy Foundation: todos contienen información de utilidad sobre depresión y epilepsia.

Un problema mayor es el de superar el doble estigma asociado a ambos trastornos: la epilepsia, por un lado y la depresión, por otro. Este doble estigma impacta en cualquier esfuerzo de prevención y de cuidado y genera un contexto en el que el paciente es renuente a reconocer sus problemas en materia de salud mental. También se traduce en graves consecuencias psicológicas—como el creciente aislamiento social—entre quienes tienen epilepsia no controlada. Por esto, el médico no solo debe asistir al paciente respecto su epilepsia y depresión, sino también trabajar sobre el estigma y discriminación presentes en los sistemas de salud y en la comunidad en general.

Es esencial un enfoque conjunto que contemple al paciente y su inserción en la sociedad, con vías de cuidado claras e inclusivas para quienes padecen estos trastornos. El médico puede alentar al paciente a tomar una postura participativa en ámbitos tales como la formulación de políticas, la planificación estratégica, los programas de capacitación de profesionales de la salud mental y los grupos de apoyo, los programas de counseling y los seminarios que enseñan a vivir en positivo.

Referencias

1. Baker GA, Jacoby A, Chadwick DW. The associations of psychopathology in epilepsy: a community study. *Epilepsy Res.* 1996;25:29-39.
2. Mula M. Depression in epilepsy. *Curr Opin Neurol.* 2017;30:180-186.
3. Mula M. The interictal dysphoric disorder of epilepsy: a still open debate. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2013;13:355.
4. Mula M. The pharmacological management of psychiatric comorbidities in patients with epilepsy. *Pharmacol Res.* 2016;107:147-153.
5. Alper K, Schwartz KA, Kolts RL, Khan A. Seizure incidence in psychopharmacological clinical trials: an analysis of Food and Drug Administration (FDA) summary basis of approval reports. *Biol Psychiatry.* 2007;62:345-54.

Encontrá todos los artículos del **Psychiatric Times** en: <http://www.ojoclinico.net/neurology-times/>

