

## Transtornos psiquiátricos associados à epilepsia

Juliana de Oliveira<sup>1</sup>

Osmar Gouveia<sup>2</sup>

Recebido: 24/9/2003 Aceito: 6/10/2003

### RESUMO

Os autores relatam caso de uma paciente portadora de epilepsia que desenvolveu sintomas psicóticos e depressivos associados a essa patologia, discutindo-o em relação a seus aspectos psicopatológicos.

Unitermos: Epilepsia; Psicose.

### ABSTRACT

#### **Psychiatric disorders associated to epilepsy**

The authors report a case of a patient with epilepsy who developed psychotic and depressive symptoms and discuss it in the light of psychopathological aspects.

Keywords: Epilepsy; Psychosis.

### Introdução

Desenvolveremos um breve histórico apoiados em Cantilino e Carvalho (2001).

Durante a maior parte da história da humanidade a epilepsia foi vista como indicativo de possessão demoníaca ou como acúmulo de humores do mal. Hipócrates (460 a 377 a.C.), em seu livro *Sobre a Doença Sagrada*, o qual aborda a epilepsia, contestou a crença de que tais pessoas estariam possuídas por deuses. Em sua obra, ele já propunha que a epilepsia seria uma doença de origem cerebral. Galeno (131 d.C.) atribuía a regulação das crises ao ciclo lunar, apesar de considerar suas causas imediatas como “humorais” ou tóxicas. O primeiro tratado científico sobre a epilepsia foi escrito no século XVIII e atribuía à masturbação a causa da crise.

Desde a antiguidade também já existia a descrição da associação da epilepsia com distúrbios do comporta-

mento. O cérebro era o local da epilepsia e da loucura e acreditava-se que ambas estavam relacionadas à fleuma.

No século XIX, Emil Kraepelin afirmava que pacientes epiléticos sofriam de alterações da personalidade e tinham uma predisposição para a psicose. Com as novas teorias neurofisiológicas descritas por Jackson (1873), com o desenvolvimento do EEG por Berger (1929) e as descobertas eletroencefalográficas dos pacientes epiléticos por Gibbs et al. (1935), consolidou-se a “neurologização” da epilepsia, a qual tinha tendência a negligenciar os problemas psiquiátricos e/ou psicológicos.

Porém, apesar dessas descobertas, os pacientes continuaram a apresentar suas crises e uma quantidade significativa destes evoluíam com algum tipo de transtorno psiquiátrico. Por essa razão, atualmente vem se desenvolvendo um estudo entre os aspectos neurológicos e psiquiátricos da epilepsia e uma integração teórico-prática entre as duas especialidades.

<sup>1</sup> Residente do segundo ano da Residência Médica em Psiquiatria no HC-UFPE.

<sup>2</sup> Professor Adjunto do Departamento de Neuropsiquiatria da UFPE.

*Endereço para correspondência:*

Osmar Gouveia  
Rua Manoel Almeida, 172  
Graças – Recife, PE – CEP 52011-140  
E-mail: julianaocc@ig.com.br

A epilepsia é a doença neurológica mais comum na população em geral. Uma das principais preocupações para os psiquiatras envolvendo essa patologia é a consideração de um diagnóstico de epilepsia em pacientes psiquiátricos, em que 30% a 50% dos epiléticos têm dificuldades psiquiátricas em algum momento durante o curso da doença (Kaplan, 1997). Estima-se que um quarto ou mais dos pacientes com epilepsia apresente psicose esquizofreniformes, depressão, transtornos de personalidade ou alterações da sexualidade (Cantilino e Carvalho, 2001). Tais alterações são crônicas e estão presentes entre os episódios de crise epilética. Geralmente, os transtornos psiquiátricos surgem após alguns anos do início das referidas crises. Para explicar esse intervalo de tempo entre as crises e o início de uma psicose sugere-se como causa a associação entre o grau do dano cerebral e a cronicidade (Cantilino e Carvalho, 2001).

Os estados psicóticos interictais são mais comuns que os ictais. Podem ocorrer nesses pacientes episódios interictais *esquizofrenia-símiles*, sendo as alucinações e os delírios paranóides os sintomas mais característicos dessas psicoses, as quais ocorrem geralmente na ausência de alterações do afeto, o que contrasta com as anormalidades vistas habitualmente na esquizofrenia (Kaplan, 1997).

---

#### Relato de caso

R.T.S., 34 anos, parda, solteira, 1<sup>a</sup> grau completo, natural e procedente de Recife.

#### *Queixa principal*

Paciente portadora de epilepsia queixando-se de delírios persecutórios, alucinações visuais e auditivas.

#### *HDA*

A paciente chegou ao Serviço de Psiquiatria do HC-UFPE em 5/9/2002, encaminhada pela Neurologia deste hospital. Chegou acompanhada de sua genitora, a qual referia que a paciente vinha há 10 meses sentindo-se perseguida por alguém, dizendo ver um homem preto que queria levá-la para bem longe, escutando vozes dizendo para ela ir para a pista e entrar embaixo de um ônibus ou que iriam matá-la.

A genitora referiu que a paciente sempre foi saudável e que seus problemas de saúde se iniciaram há três anos, durante a gestação de sua primeira filha, quando no sétimo mês começou a ficar triste e isolada de todos. No parto apresentou eclâmpsia e teve três crises convulsivas, precisando ser operada com urgência. Passou dez dias

internada para estabilização do quadro. Após a alta nunca mais voltou ao normal, pois não mais conseguiu controlar suas crises convulsivas, mesmo com o acompanhamento neurológico e com o uso de antiepiléticos.

Ao retornar para casa, mesmo com as crises convulsivas, ainda conseguiu trabalhar como costureira em casa, porém só saía acompanhada, por medo de ter crises e dizendo que “via uma coisa diferente”.

Em dezembro de 2001 parou totalmente de trabalhar, quando começou a ter muito medo e a sensação de estar sendo perseguida. Ficou sem sair de casa e mesmo nesta não tinha “sossego”, pois seu medo continuava. As poucas vezes que saía de casa, mesmo acompanhada, repentinamente começava a correr achando que tinha alguém atrás dela. Em casa também se assustava frequentemente, vivia irritada e isolada, sem se alimentar e dormir direito, acordando assombrada várias vezes à noite.

#### *Antecedentes familiares*

Genitora: 65 anos, cardiopata, do lar.

Genitor: 63 anos, diabético, hipertenso, cardiopata, aposentado por acidente de trabalho aos 35 anos.

A paciente é a filha do meio dentre três irmãos. A irmã mais velha tem 36 anos, o irmão mais novo tem 30 anos, e ambos são saudáveis.

Nega transtornos mentais na família, suicídio e epilepsia.

O tio materno tinha um problema: saía correndo repentinamente pela rua, sem que ninguém esperasse.

Avô materno era alcoólatra.

#### *Antecedentes pessoais*

Nasceu de parto normal, com 5.200 gramas, sem intercorrências. O desenvolvimento neuropsicomotor foi normal. Nega TCE.

É hipertensa, fazendo uso apenas de dieta.

Portadora de epilepsia, faz uso de 1.000 mg/dia de carbamazepina e 4 mg/dia de clonazepam.

Tem história de várias transfusões sanguíneas na ocasião do parto.

Teve hepatite e coqueluche na infância.

Menarca aos 8 anos com ciclos regulares.

#### *Antecedentes sociais, curva de vida e personalidade pré-mórbida*

A paciente sempre foi uma criança normal e, apesar de muito tímida e calada, mantinha um bom relacionamento com outras crianças na escola e em casa.

Sempre foi “chorona”, principalmente na rua, e por isso sua irmã sempre a defendia.

Estudou até a 8ª série, nunca repetiu. Parou de estudar para trabalhar, alegando que era o que ela gostava mesmo de fazer.

Começou a trabalhar aos 18 anos. Já trabalhou como servente, caixa de supermercado e costureira.

Paciente Gesta III Para I Aborto II (dois abortos espontâneos no terceiro mês de gestação). Só teve dois relacionamentos sérios, sendo o último com o pai de sua filha, mas com quem nunca se casou.

A paciente sempre foi tímida, não gostava muito de sair de casa, calma, tolerante com todos e muito esforçada, principalmente no trabalho.

#### *Exame físico*

Sem anormalidades.

#### *Exame neurológico*

Normal.

#### *Exame psíquico*

A paciente entrou no consultório apoiada no braço de sua mãe. Durante toda a consulta manteve-se cabibaixa, olhando para o examinador apenas quando solicitada, deixando que sua mãe falasse quase todo o tempo por ela, por vezes apenas tecendo algum comentário.

Quando questionada sobre algo, apresentava um período de latência para as respostas, respondia com voz trêmula, em tom baixo, porém de forma coerente.

Referiu que um homem preto havia entrado dentro do consultório e que ele a estava perseguindo para levá-la para bem longe. Quando solicitada para mostrar o tal homem, ela apenas falou: “Está aqui atrás, perto da porta, eu não vou olhar, estou com medo”, mostrando-se muito nervosa, inquieta, movimentando o corpo, com fala mais acelerada, porém sempre em tom baixo.

Paciente com higiene adequada, consciência clara, orientada temporoespacialmente. Atenção e memória algo prejudicadas, por vezes parecia estar bem distante da conversa, como se não estivessemos falando dela.

---

#### Tratamento e evolução

Logo na primeira consulta, além dos antiepilépticos que vinha utilizando, foram iniciados 5 mg/dia de haloperidol e 2 mg/dia de biperideno.

Nas consultas subseqüentes a paciente se queixou de uma “agonia” na cabeça, que “quando a sentia corria para baixo do chuveiro”. Começou a dormir um pouco

melhor, porém continuou achando-se perseguida, vendo o homem preto que queria levá-la. Sentia medo de dormir porque quando entrava em seu quarto via homenzinhos pretos, nus, mostrando a língua para ela. Referia também ver muitas pessoas nuas andando no meio da rua. Queixava-se de uma janela do lado direito de sua cabeça, que abria e fechava, entrava vento por ela e, às vezes, até os homenzinhos entravam nela e a ficavam perturbando. Além dessa sintomatologia, a paciente referia idéia de morte, dizendo que preferia morrer, sumir, que sua vontade era de se jogar embaixo dos carros para acabar com tudo, pois não agüentava mais viver assim.

Durante as outras consultas foram iniciados 20 mg/dia de fluoxetina e aumentado o haloperidol para 10 mg/dia e o biperideno para 4 mg/dia. Como após três semanas a paciente não havia melhorado significativamente da tristeza e da vontade de morrer, a fluoxetina foi aumentada para 40 mg/dia.

Apesar das medicações, a paciente não apresentou melhora importante do quadro clínico e continuava mantendo a freqüência das crises convulsivas. Foi então vista em reunião geral, inclusive com a Neurologia, quando então foi sugerido substituir a carbamazepina pela oxycarbamazepina na dose de 1.500 mg/dia e mantiveram-se os 4 mg/dia de clonazepam. Foi sugerida também a realização de SPECT e de EEG com privação de sono.

Após a substituição dos antiepilépticos, a paciente teve suas crises diminuídas de freqüência, porém, apesar disso, o quadro alucinatorio e a tristeza não melhoraram, a paciente continuava irritada, assustada e sem vontade de viver. Foram então introduzidos 10 mg/dia de nortriptilina associados a 20 mg/dia de fluoxetina, na tentativa de uma potencialização dessas medicações, observando cuidadosamente se a freqüência das crises convulsivas aumentaria ou não.

Porém, apesar de não ter piorado das crises, a paciente continuou sem apresentar melhora, quando então foi indicado internamento para tentar otimizar as dosagens das medicações utilizadas e manter uma observação mais cuidadosa.

Em 4/2/2003 a paciente foi internada na enfermaria de psiquiatria do HC-UFPE. Durante o internamento a dose da oxycarbamazepina foi aumentada para 1.800 mg/dia, com remissão das crises convulsivas. A nortriptilina foi suspensa e reiniciados 40 mg/dia de fluoxetina, e o haloperidol foi aumentado para 12,5 mg/dia. Após um mês e meio de internamento saiu com melhora importante do quadro, com remissão das convulsões, melhora do humor e das alucinações, referindo apenas medo de sair sozinha por receio de ter novas crises e de sentir-se

novamente perseguida. A sensação da janela aberta na sua cabeça e a tristeza na alma continuaram, apesar de estar sentindo-se mais alegre e animada, pois aos poucos está conseguindo cuidar de sua filha.

Após sua alta, a paciente continuou se queixando de tristeza na alma, vontade de ir embora, pois não estava mais conseguindo trabalhar, estava com sentimento de inutilidade. Foi então aumentada a fluoxetina para 60 mg/dia em abril de 2003. Porém, apesar desse aumento, ela não apresentou melhora do quadro de humor em uma avaliação após cinco semanas. No presente momento, estamos analisando as vantagens de iniciar um antipsicótico atípico para a paciente.

### Exames complementares

EEG (outubro de 1999): sem anormalidades.

RNM e angiorressonância dos vasos intracranianos (29/11/2000) mostraram:

1. Proeminência dos sulcos entre os giros corticais no nível das regiões parietais posteriores, de forma mais evidente à direita, estando este achado desproporcional ao restante do encéfalo que tem aspecto normal (área atrófica focal?).
2. Espaços perivasculares de Virchow Robin da substância branca dos centros semi-ovais.
3. Imagem sugestiva de cisto de retenção mucoso no antro maxilar esquerdo.

EEG digital (12/3/2003): sem anormalidades.

SPECT (26/3/2003): estudo normal.

Hemograma, bioquímica, VDRL e função tireoideana (fevereiro de 2003): sem anormalidades.

---

### Discussão

No presente caso, o que primeiramente nos chama a atenção é a história do início das crises epiléticas, as quais se iniciaram aos 29 anos, com uma eclâmpsia, e se mantiveram mesmo após a estabilização da pressão arterial, provavelmente em decorrência de algum dano neurológico, apesar de os eletroencefalogramas não terem evidenciado alterações. Segundo Harrison (1994), a ausência de acompanhamento eletrocerebral não exclui o distúrbio de crise, porque pode não haver nenhuma alteração no EEG registrado no couro cabeludo durante crises parciais simples ou complexas. Os sintomas psiquiátricos só apareceram aproximadamente 20 meses após o início das crises epiléticas, o que está de acordo com Toone *apud* Cantilino e Carvalho (2001). Tal quadro se apresentou inicialmente com a

sensação de presença, quando então a paciente referia estar sentindo-se perseguida por alguém, evoluindo com alucinações auditivas, em que a paciente escutava vozes que a ameaçavam e chamavam pelo seu nome, e alucinações visuais, entre as quais se encontravam vários tipos, como as alucinações liliputianas, em que a paciente referia ver “homenzinhos pretos, nus”, e as alucinações cenestésicas, que podiam ser evidenciadas quando a paciente relata sentir uma janela que se abre no lado direito da sua cabeça, por onde entram tanto vento quanto os “homenzinhos” para perturbá-la. Todas essas pseudopercepções nos remetem ao conceito de confusão das sensações, descrito por Jaspers (1973), o qual ensina que “não se trata de uma alucinação conjunta de vários sentidos, mas as sinestesias se transformam num modo predominante de percepção”. O que nos fez pensar primeiramente em uma psicose de causa orgânica foi a cronologia dos acontecimentos, em que inicialmente apareceram as crises convulsivas e apenas meses após o início destas desenvolveram-se os sintomas psicóticos. Um outro aspecto que nos chamou a atenção foram os tipos de alucinações, em especial as visuais, que, apesar de poderem ocorrer nas psicoses não-orgânicas, como a catatonía e a esquizofrenia infantil, são mais características nas causas orgânicas das psicoses, como a epilepsia. Um outro aspecto importante em relação ao diagnóstico diferencial é o fato de que os sintomas psicóticos reduziram de intensidade com a remissão das crises convulsivas, fato que antes desse acontecimento, mesmo com o uso de antipsicóticos, não havia acontecido.

Por último, em relação aos sintomas depressivos, foi também feito o diagnóstico de transtorno do humor de origem orgânica. Apesar de esses sintomas preencherem os critérios para uma depressão maior, seguimos a orientação de Kurt Schneider (1978), ou seja, quando existe uma causa orgânica, esta terá prioridade para o diagnóstico etiológico.

---

### Diagnóstico

CID-10: G40.2 – Epilepsia parcial com generalização secundária.

F06.2 – Transtorno delirante (esquizofreniforme) orgânica.

F06.32 – Transtorno depressivo orgânico.

I 10 – Hipertensão arterial.

### DSM-IV

Eixo I: 293.82 – Transtorno psicótico devido à epilepsia, com alucinações;

293.83 – Transtorno depressivo devido à epilepsia.

Eixo II: Nenhum diagnóstico.

Eixo III: 345.40 – Epilepsia parcial com prejuízo da consciência.

401.9 – Hipertensão arterial.

Eixo IV: Adaptação à transição no ciclo vital (por exemplo, aposentadoria).

Eixo V: EAFSO (admissão): 25.

EAFSO (até maio de 2003): 40.

---

## Referências bibliográficas

- CANTILINO, A.; CARVALHO, J.A. Psicoses relacionadas à epilepsia: um estudo teórico. *Revista Neurobiologia* 64 (3-4): 109-16, 2001.
- CID-10. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.
- DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 2002.
- HARRISON, J. *Medicina Interna*. 13 ed. Mc Graw Hill Internacional, Philadelphia, 1994.
- JASPERS, K. *Psicopatologia Geral*. Livraria Atheneu, 1973.
- KAPLAN, I.; SANDOCK, B.J. *Compêndio de Psiquiatria*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.
- SCHNEIDER, K. *Psicopatologia Clínica*. 3 ed. Mestre Jou, São Paulo, 1978.