

## **Tipificación del Trastorno Afectivo en Pacientes con Epilepsia del Lóbulo Temporal**

Dra. Ariadna Pérez Montoto, Dr. René Andrade Machado, Dra. Arlety García Espinosa, Dr. Guillermo Toledo Sotomayor, Dra. Ángela Susana Borges González

Instituto de Neurología y Neurocirugía  
Calle 29 esquina D, Vedado, Plaza  
Ciudad de la Habana, Cuba

---

### **Resumen**

**Introducción:** Los trastornos afectivos en los pacientes con epilepsia pueden ser diferentes a los trastornos del estado de ánimo primarios. **Objetivo:** determinar las características clínicas que tipifican la depresión en pacientes con Epilepsia del Lóbulo Temporal medial. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo a un grupo de pacientes con Epilepsia Temporal medial y depresión (n= 40) y un grupo de pacientes con trastornos afectivos sin epilepsia (n =31). La depresión fue evaluada clínicamente en ambos grupos. Los síntomas que mejor tipificaron la depresión en los pacientes se obtuvieron mediante el análisis de discriminación. La atipicidad del síndrome depresivo fue analizado obteniendo las diferencias entre las puntuaciones por ítem y entre cada subescala de la Entrevista Psiquiátrica Internacional entre los grupos. La relación entre la expresión sindrómica y el funcionamiento neurobiológico se analizó mediante una Regresión Logística. **Resultados:** El 62.5% de los pacientes con epilepsia tenían un trastorno afectivo no clasificado según la CIE-10 y el DSM-IV. La manifestación perictal de anhedonia, lentitud psicomotora, ideas de culpabilidad, inquietud, insomnio, desconcentración, irritabilidad y fatigabilidad definieron la depresión en los pacientes con epilepsia. Los determinantes del trastorno afectivo en los pacientes con epilepsia fueron: la edad de debut de la epilepsia, los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica, el número de crisis por mes, la atrofia hipocámpica bilateral y la epilepsia del Lóbulo temporal izquierdo. **Conclusiones:** Los síntomas depresivos breves, perictales asociados a disforia, ansiedad y fobias tipifican el síndrome depresivo en pacientes con Epilepsia del lóbulo temporal.

**Palabras Clave:** Epilepsia del Lóbulo temporal, trastorno afectivo interictal, trastorno afectivo disfórico somatomorfo interictal, disforia, depresión, hipocampo.

### **Abstract**

**Introduction:** Affective disorders in people with epilepsy seem to be different from patients with primary mood disorders. **Objective:** to determine the clinical characteristics that typifies depression in patients with temporal Lobe Epilepsy. **Patients and methods:** Forty patients with Temporal Lobe Epilepsy and depression were enrolled in the study. Thirty one patients with primary depressive disorder were recruited as control group. Depression was clinically evaluated in both groups. The discriminant analysis was used to determine the main clinical features of depression in patients with epilepsy. The differentiation between groups in total scores of Mood disorders through the International Psychiatry Interview was used to determine the atypical sign of depressive symptoms in patients with epilepsy. Logistic regression was utilized to analyze the possible relationship between neurobiological functioning and depressive symptoms in patients with epilepsy. **Results:** Sixty two percent of patients had a mood disorder not classified in CIE-10 and DSM-IV. Perictal anhedonia associated with insomnia, guilty thoughts, psychomotor slowness, inattention, restlessness, irritability, faintness became the clinical profiles of depression in patients with epilepsy. Age of onset of epilepsy, family history of psychiatric disorders, number of seizures per month, left temporal Lobe Epilepsy, and bilateral hippocampal atrophy were the most important determinants of mood disorders in our study. **Conclusion:** Brief perictal depressive symptoms associated with dysphoria, anxiety and phobias, typify the clinical profile of depressive syndrome in patients with Temporal Lobe Epilepsy.

**Keywords:** Temporal Lobe Epilepsy, interictal affective disorder, interictal Somatoform dysphoric affective disorder, dysphoria, depression, hippocampus.

---

### **Introducción**

Los trastornos afectivos en los pacientes con epilepsia pueden ser diferentes a los trastornos del estado de ánimo primarios descritos en la 4ta edición del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de las Enfermedades Mentales (DSM-IV-TR [texto revisado]).<sup>1,2</sup> Varios autores coinciden en señalar que la depresión en los pacientes con epilepsia no puede ser clasificada atendiendo a los criterios del DSM-IV.<sup>1,5</sup>

En un estudio siguiendo los criterios del DSM-IVTR, y con la ayuda de la Entrevista Estructurada Neuropsiquiátrica Internacional (EENI) se encontró que el 64 % de los pacientes con epilepsia tenían depresión moderada a severa y sin embargo, no cumplían los criterios para ninguno de los apartados expuestos en el glosario del DSM-IV-TR.<sup>1</sup> Los autores consideraron que sus pacientes tenían un tipo peculiar de subsíndrome depresivo que los psiquiatras reconocen en pacientes no epilépticos y que causan una mala calidad de vida.<sup>1</sup>

Gillian FG y col. desarrollaron un mini-test para el diagnóstico de la depresión en pacientes con epilepsia (NDDI-E) del inglés [Neurological Depression Disorder Inventory for Epilepsy] que incluye seis ítems que parecen diferenciar los síntomas depresivos en los pacientes con epilepsia.<sup>6</sup> Sin embargo, los autores no tuvieron en cuenta para la confección del NDDI-E la atipicidad de presentación de los síntomas depresivos en las poblaciones epilépticas, al no utilizar un grupo control de pacientes con depresión sin epilepsia.

Considerando que la ausencia descripción del síndrome depresivo en pacientes con Epilepsia del Lóbulo temporal Medial (ELTm) no se conoce completamente y que no siempre se ha correlacionado con las variables neurobiológicas de la enfermedad realizamos la presente investigación con el objetivo de determinar las características clínicas de la depresión en la Epilepsia del Lóbulo Temporal.

### **Pacientes y Métodos**

Se realizó un estudio descriptivo con 71 pacientes (grupo I (n= 40) pacientes con ELTm y depresión y el segundo grupo (grupo II controles n =31) pacientes con trastornos afectivos sin epilepsia.

El protocolo fue aprobado por el Consejo Científico de cada institución. Todos los pacientes debieron firmar el consentimiento informado

para participar en la investigación y además se les recogieron datos, mediante la confección de un modelo de historia clínica donde se incluyó interrogatorio y examen físico general y neurológico completo).

#### Crterios de inclusión para el grupo I:

1. Edad de 18 años o más.
2. Diagnóstico de ELT medial según la ILAE.7
3. Haber estado con una dosis estable de antiepilépticos por al menos 30 días.
4. Tener un CI evaluado por el WAIS de más de 85 y que la evaluación psicológica provea que puede ser capaz de reportar todos los síntomas que padezca.
5. No presentar afectación psiquiátrica severa (delirio o alucinaciones).

Historia personal y / o familiar de enfermedad psiquiátrica N (%)	
APP enfermedad psiquiátrica	7 (17,5)
APP ingestión de psicofármacos	9 (22,5)
APF enfermedades psiquiátricas	13 (32,5)
Descripción de las crisis N (%)	
Auras temporales típicas	29 (72,5)
Inhibición de la actividad	37 (92,5)
Automatismos temporales típicos	26 (65)
Crisis focales secundariamente generalizadas	21 (52,5)
Confusión postictal	13 (32,5)
Características del EEG N (%)	
Descargas epileptiformes interictales	21 (52,5)
Paroxismos unilaterales	17 (42,5)
Derechos	10 (25)
Izquierdos	7 (17,5)
Bilaterales	4 (10)
Tratamiento médico N (%)	
Carbamazepina	30 (75)
Valproato de Magnesio	9 (22,5)
Fenitoína	1 (2,5)
Hallazgos de la RM N (%)	
Normal	15 (37,5)
Atrofia hipocámpica [D / I]	20 (50) [14 / 6]
Otras alteraciones en la corteza mesial ***	5 (12,5)

**Tabla 1.** Descripción sindrómica de la Epilepsia mesial del lóbulo temporal.

\*\*\* Malformaciones del desarrollo Cortical (n = 1), hiperintensidades en la corteza mesial, (n = 2) y sustancia blanca subcortical (n = 2) y amígdala (n = 4). Los porcentos están referidos al total del grupo.

#### Crterios de inclusión para los pacientes del grupo II.

1. Diagnóstico de depresión endógena según los criterios del DSM-IV-TR.2
2. No tener más de una semana con tratamiento antidepressivo.
3. Tener un CI evaluado por el WAIS de más de 85 y que la evaluación psicológica provea que puede ser capaz de reportar todos los síntomas que padezca.
4. No presentar afectación psiquiátrica severa (delirio o alucinaciones).

#### Crterios de exclusión:

1. Pacientes que en uno otro grupo no completen el estudio.

#### Procedimientos

Análisis de las características generales de los pacientes. Dos neurólogos, dos psiquiatras y un psicólogo participaron en la investigación. Los psiquiatras evaluaron el diagnóstico clínico de depresión en ambos grupos y aplicaron la escala de Hamilton y la escala NDDI-E. Los neurólogos evaluaron a los pacientes asignados al grupo I describiendo las variables tanto clínicas como electrográficas relacionadas con la evolución de la enfermedad: edad al debut, tiempo de evolución con la epilepsia, número de crisis, número de crisis secundariamente generalizadas, presencia de estatus epiléptico, antecedentes de insulto precipitante inicial, actividad electrográfica, número de puntas, amplitud de las ondas, tasa de descargas de los paroxismos, número de paroxismos, presencia de sincronía bilateral, presencia de bilateralidad de las descargas y aplicaron además la EENI.8

Para caracterizar la depresión en la ELT medial y en la depresión en pacientes sin epilepsia a ambos grupos de pacientes se les aplicó la (EENI). Este es un cuestionario previamente estandarizado, donde cada ítem con respuesta dicotómica (sí o no) se puntúa según la escala de Liker (casi siempre -4 puntos; algunas veces-3 puntos; rara vez-2 puntos; nunca-1).8

Los ítems que mejor clasificaron a los pacientes como deprimidos fueron seleccionados a partir del análisis de discriminante siguiendo el método paso a paso. Para este análisis se incluyó la Depresión (categoría diagnóstica obtenida mediante el examen psiquiátrico) como variable dependiente y cada ítem de la EENI con variable independiente. Para conocer la consistencia y validez del análisis discriminante nosotros utilizamos los métodos de Wilk's lambda y varianza inexplicable así como el valor F (se aceptaron ítems con el valor de 3.84; y no fueron aceptados ítems con el valor de 2.71).

<b>Psiquiátricos según DSM-IV</b>	<b>N (%)</b>
<b>Trastornos depresivos</b>	<b>31 (100)</b>
<b>Depresión Mayor (episodio actual)</b>	<b>17 (54,8)</b>
Con síntomas melancólicos	15 (88,2)
Depresión no clasificada asociada a síntomas psicóticos	2 (11,8)
<b>Depresión no clasificada por CIE-10 ni DSM-IV*</b>	<b>25 (62,5)</b>
<b>Trastorno Bipolar tipo II</b>	<b>10 (32,3)</b>
<b>Depresión asociado a otros diagnósticos del eje II (DSM-IV )</b>	
<b>Trastorno Generalizado de Ansiedad</b>	<b>16 (51,6)</b>
Ataques de pánico	15 (93,8)
<b>Trastorno obsesivo actual</b>	<b>6 (19,4)</b>
<b>Fobia social</b>	<b>4 (12,9)</b>
<b>Trastorno antisocial de por vida</b>	<b>1 (3,2)</b>

**Tabla 2.** Trastornos Psiquiátricos según DSM-IV en los pacientes pertenecientes al grupo de estudio.

\*Depresión no clasificada por el CIE-10 y el DSM-IV con duración de los síntomas < 15 días, disforia que alterna con días con euforia e irritabilidad marcada.

<b>Trastornos psiquiátricos según DSM-IV</b>	<b>n (%)</b>
Depresión mayor	12(38.7)
Depresión mayor con síntomas melancólicos	5(16.2)
Depresión mayor recidivante	3(9.7)
Trastorno bipolar tipo I	1(3.2)
Trastorno bipolar tipo II	4(12.9)
Trastorno generalizado de ansiedad	10(32.3)
Trastorno obsesivo compulsivo	2 (6.4)
Fobia social	3(9.7)

**Tabla 3.** Trastornos Psiquiátricos según DSM-IV en los pacientes pertenecientes al grupo control.

n (total=31)

% referidos al total (un paciente tenía más de un trastorno)

Variables	Grupo de estudio N = 40	Grupo control N = 31
Edad media (DE)	44 (13,8)	49,8 (11,8)
Sexo F/M (%)	24 (60) / 16 (40)	22 (71) / 9 (29)
Escolaridad mediana (rango)	12 (6 – universitario)	12 (9 -12)
<b>Color de piel (%)</b>		
Blanca	27 (67,5)	21 (67,8)
Negra o mestiza	13 (32,5)	10 (32,2)
<b>Procedencia (%)</b>		
Urbana	17 (42,5)	14 (45,2)
Rural	23 (57,5)	17 (54,8)
<b>Nivel adquisitivo (%)</b>		
Alto $\geq$ 600 \$	12 (30)	9 (29)
Medio- bajo < 600	28 (70)	22 (71)

**Tabla 4.** Características socio-demográficas según grupos estudiados. Los porcentajes son referidos al total de cada grupo. DE significa desviación estándar. \* Valor de probabilidad  $p > 0,05$ . \*\* valor de  $p \leq 0,05$ .

Síntomas y características de la depresión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida del interés menor de 2 semanas*</li> <li>• Lentitud o intranquilidad*</li> <li>• Aumento o disminución del apetito¶*</li> <li>• Sentimientos de culpa*</li> <li>• Dificultad para concentrarse o tomar decisiones*</li> <li>• Período de más de 2 meses sin depresión*</li> <li>• Se levanta 2 horas antes*</li> <li>• Inquietud, intranquilidad o agitación*</li> <li>• Cansancio, flojera o se agota con facilidad*</li> <li>• Dificultad para concentrarse y mente en blanco*</li> <li>• Irritabilidad*</li> <li>• Dificultad para dormir*</li> </ul>

**Tabla 5.** Síntomas y características de la depresión evaluadas por la MEPI en los pacientes con Epilepsia.

\* $p < 0,05$  con Alfa de Cronbach = 0.70. ¶ puede ser explicado por el uso del Valproato de Magnesio ( $p < 0,01$ ). (Regresión logística Chi cuadrado = 12.8 y OR = 3.1 con IC (2.2-3.8).

Con los ítems seleccionados a partir del análisis discriminante realizamos la correlación ítem-ítem, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Un ítem que correlacionara con una  $r \geq 0.7$  probablemente es un ítem redundante fue excluido. La consistencia interna se calculó con el coeficiente alfa de Cronbach.

La potencial influencia de los efectos adversos de la medicación antiepiléptica (variable confusora) en la sindromografía fue excluida por opinión de expertos.

Para valorar la atipicidad del síndrome depresivo en los pacientes epilépticos analizamos las diferencias entre las puntuaciones por ítem y entre cada subescala de la EENI entre los grupos de estudio para lo que utilizamos el test U de Mann y Whitney.

Para determinar la influencia del funcionamiento neurobiológico en la expresión sindrómica de la depresión, utilizamos las variables clínicas, electroencefalográficas e imagenológicas. La Epilepsia del Lóbulo Temporal fue clasificada en izquierda, derecha o imposible de definir sin otros estudios, atendiendo a los siguientes criterios:

Epilepsia del Lóbulo Temporal izquierdo: si se obtuvieron elementos lateralizantes de debut en el lóbulo temporal izquierdo asociado a los paroxismos interictales izquierdos, y la atrofia hipocampal predominó a la inspección visual en el lado izquierdo. Se planteó Epilepsia del Lóbulo Temporal derecho si la actividad clínica y electroencefalográfica indicaba un origen derecho de las crisis y el hipocampo atrófico era el derecho. Si no existió concordancia se describió como no lateralizada.

Total de pacientes	Relacionados con crisis n (%)	No relacionados con crisis n (%)
40	27 (67.5)	13 (32.5)

**Tabla 6.** Relación de los síntomas depresivos con las crisis epilépticas en el grupo de estudio. Probabilidad exacta de Fisher p= 0.04

<b>Clasificación de los síntomas según el DSM- VI</b>
<b>Síntomas obsesivos</b>
Pensamientos o ideas recurrentes***
No se pueden quitar las ideas de la mente*
Reconoce su irracionalidad*
<b>Trastorno hipomaniáico</b>
Disforia*
<b>Síntomas de ansiedad</b>
Dificultad para respirar o falta de aliento*
Cansancio , flojera o se agota con facilidad**
Dificultad para concentrarse y mente en blanco**
<b>Criterio temporal de la expresión sintomática</b>
Período de más de 2 meses sin depresión* y duración aproximada de <15 días

**Tabla 7.** Síntomas psiquiátricos asociados a la depresión en pacientes con epilepsia ausentes en el Trastorno afectivo del grupo control. Diferencias entre grupos evaluado mediante el Test U de Mann-Whitney;

\* Significa valor de p < 0.05; \*\* se refiere a p <0,01; \*\*\* significa p < 0,000

## Análisis

Todas estas variables fueron analizadas mediante una Regresión Logística (análisis bivariado) y las que mostraron significación estadísticas (p< 0,05) fueron incluidas en la ecuación de Regresión Logística (análisis multivariado) con el objetivo de determinar la influencias de las variables neurobiológicas de la enfermedad sobre la expresión del síndrome depresivo puesto que utilizamos la depresión clínica como variable dependiente; las variables clínicas, electroencefalográficas y de imagen se incluyeron como variables independientes.

Para comparar si los síntomas encontrados evalúan los síntomas típicos de depresión en epilepsia y su severidad al igual que las escalas aceptadas internacionalmente correlacionamos los puntajes obtenidos mediante la sumatoria de cada ítem de los síntomas que tipifican la depresión en pacientes con epilepsia obtenidos del análisis discriminante con los puntajes de la escala de Hamilton (que evalúa gravedad de la depresión) y de la NDDI-E (que tipifica la depresión en pacientes con epilepsia). Todos los valores se consideraron significativos para valores de p < 0,05.

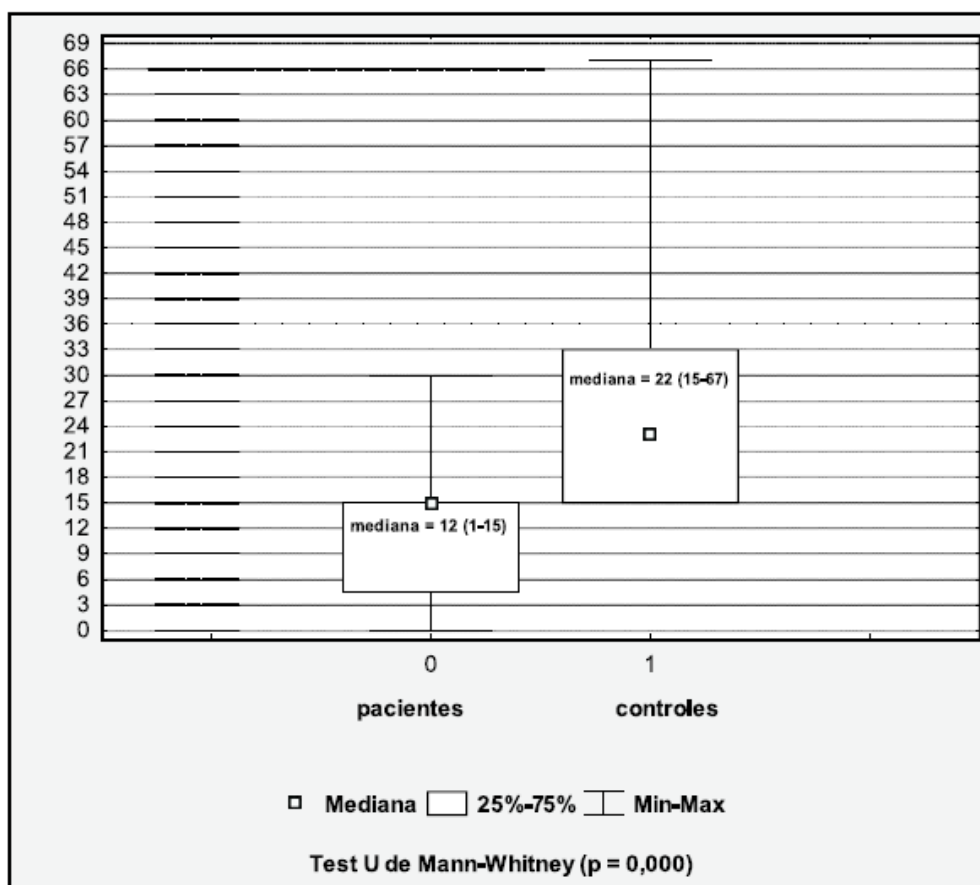
Variables neurobiológicas	OR (IC) [% de clasificaciones correctas]		
Número de crisis por mes*	5	(0-0,9)	[65]
Atrofia del Hipocampo bilateral*	8,1	(-5-0)	[65]
Edad de debut**	3,3	(-0,1-0,1)	[65]
APF de enfermedad psiquiátrica**	3,4	(1- 16)	[60]
Epilepsia del Lóbulo temporal izquierdo	2,3	(2,3-4,5)	[78]

**Tabla 8.** Síntomas depresivos en pacientes con epilepsia según variables neurobiológicas. Regresión Logística (análisis Bivariado): Edad de debut, chi cuadrado = 3,4; OR= 3,3 (-1,8 - 0,8) p=0,05; % de clasificaciones correctas 65 %. Total de crisis por mes, Chi cuadrado= 4,8; OR = 5 (0,1 - 0,7) p = 0,02; % de clasificaciones correctas 65 %. Atrofia del Hipocampo, Chi cuadrado = 5,8; OR= 8,1 (2-7) p =0,02; % de clasificaciones correctas 70%. Antecedentes de enfermedad Psiquiátrica en la familia, Chi cuadrado 2,8; OR = 3,4 (-1 - 0,8) p = 0,0 1; % de clasificaciones correctas 60%. Regresión Logística análisis multivariado: Chi Cuadrado = 18,7; p= 0,000; OR = 5,3 (2,3 – 5,6) 75% de clasificaciones correctas. p\* significa p < 0.05; \*\* se refiere a p > 0.05

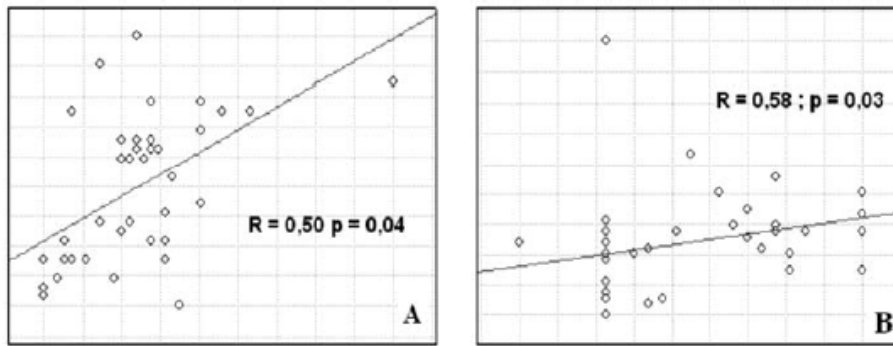
## Resultados

En la tabla 1 se muestran las características sindrómicas, etiológicas y nosológicas del grupo de estudio.

En la Tabla 2 están representadas las categorías diagnósticas del grupo de estudio (pacientes con epilepsia y trastornos psiquiátricos de tipo afectivo). En 25 de ellos (62.5%) tenían un trastorno afectivo no clasificado por los sistemas actuales de clasificación del CIE-10 y el DSM-IV debido a que su duración era breve en un tiempo menor de 15 días, tenían disforia que alternaba con irritabilidad y euforia.



**Gráfico 1.** Duración de los síntomas depresivos según grupos de pacientes



**Gráfico 2.** Síntomas depresivos en pacientes con epilepsia evaluados según su severidad, y tipificación sindrómica.  
R significa Coeficiente de correlación de rangos de Spearman  
A) Escala de Hamilton y NDDI-E.  
B) Escala NDDI-E

En la Tabla 3 aparecen los diagnósticos según el DSM-IV en el grupo control. Predominaron la depresión mayor en un 38.7% de los pacientes y el trastorno generalizado de ansiedad en un 32.3%. No se presentó ningún paciente con síntomas psicóticos y los pacientes con depresión mayor con síntomas melancólicos solo se presentaron en un 16.2% de los pacientes encuestados.

En ambos grupos estudiados se encontraron características homogéneas en cuanto a la edad media, el sexo, el color de la piel, la procedencia y el nivel adquisitivo no existiendo diferencias para estas variables ( $p > 0.05$ ) (Tabla 4).

En la Tabla 5 aparecen los síntomas y características de la depresión en el grupo de pacientes con epilepsia, resultado del análisis discriminante. El aumento o disminución de peso que resultó del análisis discriminante puede explicarse por el uso de valproato de magnesio ya que este incrementó en 3.1 veces la probabilidad de afectar el peso del individuo véase regresión logística realizada (Chi cuadrado = 12.8 y OR = 3.1 con IC (2.2 -3.8)) Existe una alta consistencia interna, por lo que las puntuaciones totales reflejan el aporte de cada síntoma por separado.

Los síntomas antes mencionados precedieron o siguieron a las crisis epilépticas en 27 pacientes (67,5 %) (Tabla 6).

En el Gráfico 1 se observa que los pacientes con epilepsia tenían una duración de los síntomas depresivos de menos de 15 días con un rango entre 1 y 15 días y en el caso del grupo control el rango fue mayor entre 15 y 67 días siendo la mediana de 22 días lo que resultó en diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

Asociado a los síntomas descritos en el trastorno afectivo (Tabla 5) en los pacientes con epilepsia aparecieron otros síntomas asociados que no se encuentran presentes en el grupo control de pacientes no epilépticos y que su frecuencia de aparición fue estadísticamente significativa (Tabla 7). Estos incluyeron síntomas obsesivos, disforia, cansancio, flojera, sensación de ahogo y dificultad para concentrarse. Todos ellos tuvieron una duración menor de 15 días y los pacientes estuvieron por lo menos 2 meses libres de éstos.

En la Tabla 8 se muestran los determinantes del trastorno afectivo en los pacientes con epilepsia {OR 5.3, chi cuadrado= 18.7, IC (2.4-5.6) y  $p=0.000$ }, estos factores predicen correctamente el trastorno afectivo en un 75% de los pacientes, dentro de ellos encontramos la edad de debut de la epilepsia (OR 3.3 IC (-0.1-0.1)), los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica (OR 3.4 IC (1-1.6)), el número de crisis por mes (OR 5 IC (0-0.9)), la atrofia hipocámpica bilateral (OR 8.1 IC (-5-0)) y la epilepsia del Lóbulo Temporal izquierdo OR 2,3 (2,3-4,5). El hecho que la suma individual de los OR individuales es diferente a la suma de los riesgos relativos de la regresión indica que estas variables tienen una base neurobiológica y fisiopatológica común.

Los síntomas que tipifican según nuestro estudio a la depresión en los pacientes con epilepsia, evalúan la gravedad de la depresión como lo hace la escala de Hamilton y los síntomas depresivos de los pacientes con epilepsia como lo hace la NDDI-E (único cuestionario validado en este sentido) ya que las correlaciones para ambas escalas son positivamente altas y significativas estadísticamente con una  $p < 0.05$  y  $r > 0.50$  (Gráfico 2).

## Discusión

Este estudio investiga la tipificación del síndrome depresivo en pacientes con ELTm y evalúa sus características psicopatológicas de modo diferente a como lo hace el DSM-IV. Las diferencias entre los síntomas afectivos se obtuvieron al compararlos con un grupo de pacientes con trastornos afectivos sin patología neurológica, grupos que eran homogéneos en cuanto a la edad, escolaridad, nivel socio-económico, procedencia y sexo (Tabla 4). La mayoría de los estudios que han tratado de tipificar la depresión en pacientes con epilepsia utilizan como criterio de depresión medidas obtenidas por un cuestionario como el de Hamilton o el de Beck, sin embargo, en nuestra investigación el diagnóstico del trastorno afectivo, en los controles y pacientes, se realizó por un grupo de psiquiatras entrenados en el mismo.

Otro aspecto a destacar fue que exploramos síntomas de otras esferas como: la presencia de fobias, ideas delirantes, ideas obsesivas y rasgos de la personalidad y esto en otros trabajos no se ha realizado. El presente estudio realizó un análisis de la posible asociación de los síntomas encontrados con variables clínico-electroencefalográficas e imagenológicas de la epilepsia dando validez a la idea de la relación neurobiológica con la epilepsia. Hubiese sido deseable correlacionar los hallazgos conductuales con los de perfusión cerebral obtenidas por SPECT interictales, evaluando así estructuras del Sistema Límbico y la corteza Orbito-Frontal en la patogenia de estos síntomas.

Una posible debilidad de nuestro estudio es que la clasificación que hicimos de Epilepsia del Lóbulo Temporal en derecha e izquierda puede ser inadecuada al no utilizar registros de Video-Electroencefalografía pero vale aclarar que para esto solo tomamos como epilepsia bien lateralizada aquella donde encontramos plena concordancia entre clínica, neuropsicología, imagen y estudios electroencefalográficos.

Otro aspecto que hubiera fortalecido aun más nuestros resultados sería haber podido contar con análisis volumétricos de la estructuras mesiales y correlacionarlos con la clínica pero estas no se están realizando en nuestro país.

Nuestros datos sugieren que la depresión en pacientes con epilepsia, se manifiesta por rasgos atípicos en el 62,5 % de los casos. Los resultados obtenidos están en correspondencia con estudios previamente publicados que estudiaron los síntomas depresivos usando la

EENI.

Además de los trastornos no clasificables por el DSM-IV encontramos trastornos bipolares en el 32,3 % de los pacientes, se ha planteado que los trastornos bipolares son raros en pacientes con epilepsia, sin embargo en un estudio se encontró una prevalencia de este trastorno en el 12,2 % de los pacientes con epilepsia de 1,6 a 2,6 veces más frecuente en ellos que en pacientes con otras enfermedades crónicas y 6,6 veces más que en poblaciones de sujetos sin enfermedades crónicas (desórdenes bipolares primarios). 10

En términos generales en nuestro grupo de pacientes con ELTm y depresión los síntomas dados por lentitud motora, anhedonia, sentimientos de culpa, incapacidad para concentrarse, insomnio, cansancio, fatigabilidad, e irritabilidad parecieron determinar el diagnóstico de depresión y tenían como característica fundamental la poca duración. Estos resultados están en relación con los encontrados en la literatura donde se explica que la expresión sindrómica del trastorno afectivo en la epilepsia es pleomórfico (Trastorno Afectivo Disfórico Somatomorfo interictal) e incluye alguno de estos síntomas como por ejemplo la irritabilidad, el humor deprimido, la angustia y el insomnio.11,12,13

Estos síntomas aparecieron en relación con las crisis epilépticas en el 67,5 % de los pacientes (Tabla 5), o sea, los síntomas eran perictales. Según los estudios de Kanner y col y del reporte de la ILAE sobre la clasificación de los trastornos psiquiátricos en la epilepsia, los síntomas afectivos ocurren en la fase perictal.11,14,20 Los síntomas tuvieron una duración significativamente inferior en días que los reportados por el grupo control 12 días con rango de (1-15), y en los controles duraron como promedio 22 días con rango entre (15-67). Los criterios clasificatorios del DSM-IV exigen que para el planteamiento de depresión es necesario que los síntomas estén presentes por al menos 15 días, este es un hecho que se cumple para la depresión en los controles pero no en los pacientes con epilepsia como se evidencia en el gráfico 1, siendo esta, una de las diferencias encontradas en nuestro estudio entre el síndrome depresivo de los pacientes con epilepsia y los controles.

La brevedad de los síntomas depresivos y su relación con las crisis epilépticas además de ser diferencias encontradas en la depresión, le imprime características típicas al trastorno afectivo de los pacientes con Epilepsia del Lóbulo Temporal. Según Andrés Kanner los trastornos afectivos pueden ser síntomas prodrómicos y su duración es breve desde horas hasta días antes de las crisis.1,14,20

Kanner estudió la presencia de síntomas depresivos en el período posictal en 100 pacientes con epilepsia refractaria, y encontró que la mediana de la duración de los síntomas fue de 5 días con un rango entre (2-9) (12-13). Posteriormente en el año 2008 describió que el diagnóstico de depresión se realizó los días previos a su primera crisis, de modo que los síntomas afectivos preictales pueden constituir pródomos de la primera crisis.12,13

Otros síntomas que tipificaron la depresión de los pacientes con epilepsia y los diferenció del trastorno afectivo del grupo control fueron la presencia de ideas obsesivas, las cuales también fueron encontradas en la descripción formal del trastorno Afectivo Disfórico Somatomorfo14 y reportados por Méndez, Bleuler, y Kraepelin en estudio de pacientes con epilepsia, llevándolos a denominar a este trastorno afectivo (depresión atípica).15,17

Un síntoma reiterado en la literatura como manifestación de la depresión en pacientes con epilepsia es la disforia, este fue encontrado con más frecuencia en el grupo de estudio que en el control. La frecuencia de este síntoma en pacientes con epilepsia ha justificado el término de Trastorno Afectivo Disfórico (TAD) interictal.14,16

Los pacientes del grupo de estudio presentaban características clínicas, electroencefalográficas y de imagen típicas de ELTm. El hecho que nuestros pacientes tuvieron antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos en un 32.5 % y que el 17.5% tuvieron antecedentes personales de padecerlos (Tabla 2) indica que existe una predisposición genética y apoya la idea de una base neurobiológica más que un trastorno producido por la vivencia de la enfermedad.18,22

Las características sintomáticas de la depresión en el grupo de pacientes evaluados por nosotros y obtenidas mediante el análisis discriminante (Tabla 5) están en relación a los resultados de las investigaciones neurocientíficas actuales sobre los circuitos centrales de la emoción y su rol en la conducta de los individuos.23,26

En relación con esta teoría nosotros encontramos que tener una Epilepsia del Lóbulo Temporal izquierdo incrementa el riesgo de depresión 2,3 IC (2,3-4,5) (Tabla 8).

En conclusión, síntomas depresivos, recurrentes, breves, perictales asociados a disforia, ansiedad y fobias tipifican el síndrome depresivo en pacientes con Epilepsia del Lóbulo Temporal. Atendiendo a estos síntomas puede evaluarse la gravedad de la depresión como lo hace la escala de Hamilton y la tipicidad de los síntomas depresivos en la epilepsia como lo hace la escala de NDDI-E

## Bibliografía

1. Kanner AM. Depression and Epilepsy: A New Perspective on Two Closely Related disorders. Currents Review in Clinical Science 2006; 6(5):1-6.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press.
3. Jones JE, Herman BP, Berry JJ, Guillian F, Kanner AM, Meador KJ. Clinical assesment of axis I psychiatric morbidity in chronic epilepsy: a multicenter investigation. J neuropsychiatry Clin Neuroscience 2005; 17:172-179.
4. Wiegartz P, Seidenberg M, Woodard A, Gidal B, Hermann B. Comorbid psychiatric disorder in chronic epilepsy: recognition and aetiology of depression. Neurology 1999;53 (suppl 2):S3-S8.
5. Rollman BL. Reflections on the 10th anniversary of the AHCPR's guidelines for the treatment of depression in primary care. J Gen Intern Med 2003; 18:492-93.
6. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elison L, Tanielian T, Pincus HA. National trends in the outpatient treatment of depression. JAMA 2002; 287:203-09.
7. Wieser HG. ILAE Commission report: Mesial temporal Lobe Epilepsy. Epilepsia 2004;45(6):695-714.
8. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH. The Miniinternational Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998; 59(suppl20):22-23.
9. Jones JE, Herman BP, Barry JJ, Guillian GF, Kanner AM, Meador KJ. Rates and risk factor for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. Epilepsy Behv 2003; 4(suppl 3):31-38.
10. Ettinger AD, Reed ML, Goldberg JF, Hirschfeld RE. Prevalence of Bipolar symptoms in Epilepsy vs other chronic health disorders. Neurology 2005; 65(4):535-40.
11. Krishnamoorthy ES, Trimble MR, Blumer D. The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: A proposal by the ILAE Commission on Psychobiology of Epilepsy. Epilepsy & Behavior 10 (2007) 349-353



12. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starner K, Devinsky O. Depression but not seizures frequency predicts quality of life in treatment resistant epilepsy. *Neurology* 2004; 62:258-61.
13. Gilliam FG, Barry B, Hermann BP, Meador KJ, Vahle V, Kanner AM. Rapid detection of major depressive disorder in epilepsy: a multicentre study. *Neurology- Lance* 2006;3(6):1016-1024.
14. Kanner AM. Psychiatric issues in epilepsy: The complex relation of mood, anxiety disorders, and Epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 15 (2009) 83–87
15. Mendez MF, Cumming J, Benson D. Depression in epilepsy. Significance and phenomenology. *Arch of Neurology* 1986;43:766-770.
16. Kraepelin E. *Psychiatrie*. 8th ed, vol 3. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1923.
17. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. 8th ed. Berlin: Springer, 1949.
18. Hasler G, Bonwetsch R, Giovacchini G, et al. 5-HT(1A) receptor binding in temporal lobe epilepsy patients with and without major depression. *Biol Psychiatry* 2007;62:1258–64.
19. Jobe PC, Weber RH. Affective disorder and epilepsy comorbidity in the genetically epilepsy prone-rat (GEPR). In: Gilliam F, Kanner AM, Sheline YL, editors. *Depression and brain dysfunction*. London: Taylor & Francis; 2006. p. 121–58.
20. Kanner AM, Byrne RW, Chicharro AV, Wu J, Frey M. Is a lifetime psychiatric history predictive of a worse postsurgical seizure outcome following a temporal lobectomy? *Neurology*, 2009;72:793–9.
21. Christensen J, Vestergaard M, Mortensen P, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol* 2007;6:693–
22. Arlety Garcia Espinosa a, René Andrade Machado b,\* , Susana Borges González a, María Eugenia García González c, Ariadna Pérez Montoto b, Guillermo Toledo Sotomayor b. . Wisconsin Card Sorting Test performance and impulsivity in patients with temporal lobe epilepsy: Suicidal risk and suicide attempts. *Epilepsy Behav* (2009), doi:10.1016/j. yebbeh.2009.09.010
23. Bonelli RM, Cummings JL. Frontal-subcortical circuitry and behavior. *Dialogues Clin Neurosci* 2007;9:141–51
24. Dabbs K , Jones J, Seidenberg M, Hermann B. Neuroanatomical correlates of cognitive phenotypes in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 15 (2009) 445–451
25. Geschwind N. Personality changes in temporal lobe Epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 15 (2009) 425–433
26. Devinsky O. Postictal psychosis: Common, dangerous, and treatable. *Epilepsy Currents* 2008; 8(2): 31–34