

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS EM PACIENTES EPILÉTICOS. COMORBID PSYCHIATRIC IN PATIENTS EPILEPTICS.

Doenças psiquiátricas; epilepsia; prevalência. Artigo original.

Gleicy Kelly Paes¹

Adriana de Oliveira Christoff²

RESUMO

A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais comuns; no entanto, um paciente epilético pode vir a desenvolver uma doença psiquiátrica concomitante e esta pode variar desde quadros depressivos e ansiosos até quadros psicóticos potencialmente graves, sendo a depressão a mais comum desses. Portanto, o objetivo deste estudo foi o de realizar uma avaliação da prevalência de distúrbios psiquiátricos em pacientes com epilepsia em um hospital de Curitiba por meio da aplicação de um questionário elaborado pelos pesquisadores, contendo perguntas objetivas e descritivas sobre a possível presença de alguma comorbidade psiquiátrica, com avaliação do histórico familiar e medicamentos utilizados tanto na epilepsia quanto na doença psiquiátrica. Além disso, um grupo de pacientes voluntários, com ausência de epilepsia, foi avaliado quanto à presença de uma doença psiquiátrica, formando o grupo controle. Verificou-se que no grupo de pacientes epiléticos 50% haviam apresentado alguma doença psiquiátrica após o diagnóstico da epilepsia, já no grupo de pacientes-controle este número caiu para 22%. Dentre as comorbidades apresentadas, a depressão foi a de maior prevalência em ambos os grupos. Esta doença pode anteceder a epilepsia, ou pode ser causada pela mesma, como verificado neste trabalho. A associação destas duas patologias poderia ocorrer por estas possuírem mecanismos etiopatogênicos comuns, mediados por uma diminuição da atividade de alguns neurotransmissores, tais como: serotonina, norepinefrina, dopamina e ácido gama-aminobutírico.

PALAVRAS-CHAVE: transtornos psiquiátricos; epilepsia; comorbidades psiquiátricas.

ABSTRAT: Epilepsy is one of the most common neurological diseases, however, an epileptic patient may eventually develop a concomitant psychiatric illness and this can vary from depression and anxiety frames to potentially severe psychotic disorders, depression being the most common one. Thus, the aim of this study was to conduct an assessment of the prevalence of psychiatric disorders in patients with epilepsy in a hospital in Curitiba, through the application of a questionnaire prepared by the researchers with objective and descriptive questions about the possible presence of some psychiatric comorbidity evaluation of family history and medications used both in epilepsy and in psychiatric illness. In addition, a group of volunteer patients with absence epilepsy were evaluated for the presence of a psychiatric illness, forming the control group. It was found that in the group of epileptic patients 50% had

¹ Acadêmica do curso de Biomedicina das Faculdades Integradas do Brasil (UNIBRASIL) Contato: 41-8770-8806

² Professora de Farmacologia na Faculdades Integradas do Brasil (UNIBRASIL). Graduada em Farmácia e Bioquímica pela PUC-PR. Mestre e Doutora em Farmacologia pela UFPR.

had some psychiatric illness after diagnosis of epilepsy, since the group of control patients this figure dropped to 22 %. Among the comorbidities, depression was the most prevalent in both groups. This disease may precede epilepsy, or may be caused by the same as found in this study. The combination of these two conditions could occur by having these common pathological mechanisms mediated by a decrease in the activity of certain neurotransmitters such as serotonin, norepinephrine, dopamine and gamma-aminobutyric acid.

KEY-WORDS: psychotic disorders; epilepsy; psychiatric comorbidity.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que cerca de 1% da população mundial — ou seja, aproximadamente 60 milhões de pessoas — apresenta crises epiléticas recorrentes, apresentando, portanto, epilepsia^[1]. Segundo a Comissão de Classificação das Epilepsias da Liga Internacional Contra a Epilepsia (ILAE), tal doença estaria dividida em três categorias, sendo elas de ordem genética, estrutural/metabólica e de causa desconhecida^[2,3].

As crises epiléticas são causadas pelo comprometimento do SNC, em um curto espaço de tempo, no qual ocorre uma atividade elétrica anormal e paroxística, cuja característica apresentada depende da região cerebral afetada^[3]. Sendo as regiões do córtex cerebral acometidas na grande maioria dos casos, tal região apresenta características particulares, como disposição das células em camadas, presença de circuitos recorrentes e abundância de receptores excitatórios^[1,4]. Além destas características, esta região apresenta ainda diferentes tipos de neurônios, distribuídos através de diferentes camadas no córtex, caracterizando assim sua diversidade de funções, tais como memória, atenção, consciência, linguagem, percepção e pensamento, o que favorece o aparecimento da crise epilética^[5].

Na epilepsia, encontramos a convulsão como principal sintoma, porém esta pode ser desencadeada por diversos outros fatores, dentre eles encontram-se: febre, hipoglicemia, hipoxemia, hiponatremia ou hipernatremia, toxinas e trauma craniano. Sendo assim, pode-se considerar que a convulsão não é uma característica exclusiva da epilepsia, podendo ocorrer sem haver qualquer relação com a doença neurológica em questão, entretanto no paciente epilético esta se apresenta de forma repetitiva, o que caracteriza a doença^[6].

A Classificação Internacional das Crises Epiléticas de 1981 define que há três tipos de crises epiléticas: parciais, generalizadas e não classificáveis. As crises parciais são

caracterizadas pela ativação de um grupo de neurônios situados em um hemisfério central, considerando isso como crises parciais simples, quando não há comprometimento da consciência e crises parciais complexas, quando há comprometimento da mesma. Já as crises generalizadas são aquelas em que há envolvimento de diversas áreas do cérebro, afetando a consciência e o controle das atividades vitais e motoras do paciente. As crises epiléticas não classificáveis são as que não se enquadram nos dois tipos citados acima, pois apresentam fenótipos particulares ainda não conhecidos ^[7].

Em 2001, a Liga Internacional Contra a Epilepsia apresentou uma nova proposta para a classificação das crises epiléticas, dividindo estas em 5 eixos, atualizando os conhecimentos na caracterização destas crises. Esta nova classificação baseia-se simplesmente nas características semiológicas dos eventos, os quais deixam de apresentar qualquer conotação patofisiológica e anatômica. A proposta de classificação publicada em 1981 tem sido mundialmente aceita e utilizada até os dias de hoje, porém a nova proposta de 2001 tem sido alvo de muitos debates conceituais ^[7,8].

Apesar de não se saber ao certo a causa da epilepsia, muitas hipóteses já foram publicadas. Uma delas está relacionada às alterações decorrentes de anormalidades genéticas, como anormalidade dos canais iônicos moduladores da atividade neuronal, como os canais de sódio, potássio e cloreto voltagem-dependente ^[9]. Tais alterações relacionadas a genéticas são denominadas de causa primária. As secundárias ocorrem devido a alterações do ambiente neuronal, por uso de toxinas ou por lesões adquiridas, como acidente vascular cerebral (AVC) ou neoplasias ^[10].

Tanto a causa primária quanto a secundária levam a um desequilíbrio entre os mecanismos excitatórios — dependente fundamentalmente de receptores glutamatérgicos, como AMP (receptor glutamatérgico ionotrópico acoplado ao canal de Na^+/Ca^+) e NMDA (N-metil-D-aspartato) — e mecanismos inibitórios dependentes do GABA (ácido γ -aminobutírico) ^[11]. O GABA é o neurotransmissor inibitório de maior prevalência no sistema nervoso central e sua função é regular a excitabilidade das redes neuronais, promovendo a abertura dos canais de cloreto a partir da interação com os receptores GABA_A , provocando assim a hiperpolarização da célula. Também na região medular, o controle inibitório é realizado pela glicina, que atua em receptores semelhantes ao GABA_A ^[12,13].

O desequilíbrio promovido pelo desvio de despolarização que ocorre na crise epilética pode estar relacionado a uma ativação excessiva dos receptores AMPA e progride para uma hiperatividade dos receptores NMDA, os quais não são controlados pelo GABA e a glicina (nível medular) [9].

Várias são as alterações comportamentais que podem ocorrer em pacientes com epilepsia, variando de quadros depressivos e ansiosos até quadros psicóticos potencialmente graves [14]. Todos os transtornos psiquiátricos apresentam características particulares, as quais possibilitam sua identificação e posterior diagnóstico. Na depressão, as principais características apresentadas são anedonia e/ou humor deprimido. Já no transtorno ansioso os pacientes demonstram comportamentos de ansiedade exagerada, podendo apresentar ainda taquicardia, taquipnéia, sudorese fria, dor abdominal, entre outros, e em alguns casos dificultam a rotina normal do paciente [16].

A presença de tal relação bidirecional entre estas patologias poderia indicar a presença destas duas condições como epifenômenos de um mecanismo neural comum, ou seja, essa associação seria decorrente de um substrato anatomofuncional comum [17].

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi o de realizar um estudo da prevalência de distúrbios psiquiátricos em pacientes com diagnóstico de epilepsia, em um hospital de Curitiba, e, embasado na literatura, sugerir hipóteses que possam explicar a correlação entre as duas doenças.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano das Faculdades Integradas do Brasil (UniBrasil), sob o número 295.221, de acordo com as exigências das resolução nacional 466/12. A pesquisa foi realizada a partir da coleta de dados em um hospital de Curitiba que atende pacientes com doenças neurológicas. Para análise de prevalência de doenças psiquiátricas em pacientes epiléticos foram abordados pelo pesquisador, e convidados a participar, 50 voluntários com ausência de epilepsia, sendo esses acompanhantes dos pacientes, formando o grupo controle da pesquisa denominado grupo 1. Foram entrevistados também 50 pacientes com diagnóstico prévio de epilepsia, e em

tratamento no mesmo hospital, e foram denominados grupo 2. Em ambos os grupos os pacientes foram escolhidos ao acaso.

Os pacientes abordados que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, o qual contém informações detalhadas sobre a pesquisa. Os critérios de inclusão para o grupo controle (grupo 1) foram: ser maior de 18 anos e não ter diagnóstico de epilepsia. Para o grupo 2, formado por pacientes epiléticos, os critérios foram: ser maior de 18 anos e possuir diagnóstico prévio de epilepsia há pelos menos 1 ano. Os critérios de exclusão para o grupo 2 foram: pacientes que possuíam outras doenças secundárias (que não eram doenças psiquiátricas) e essas não poderiam ter se desenvolvido anteriormente à descoberta da epilepsia. Os dados foram comprovados por meio de análise de prontuário, para obedecer aos critérios de inclusão e exclusão.

Cada grupo respondeu a um questionário distinto. No caso do grupo 1, a avaliação foi mais simples, sendo avaliados apenas idade, gênero do paciente e o desenvolvimento ou não de doença psiquiátrica ao longo da vida, tais como depressão, esquizofrenia, TAG (transtorno de ansiedade generalizada), TOC (transtorno obsessivo-compulsivo), TAB (transtorno afetivo bipolar), entre outros. Já no caso do grupo 2, o questionário foi mais complexo. Neste, o paciente respondeu a questões objetivas sobre o possível desenvolvimento de uma doença psiquiátrica durante o tratamento da epilepsia, tais como depressão, esquizofrenia, TOC, TAB, TAG, entre outros. Questionou-se ainda (no grupo 2) o tempo que esta doença psiquiátrica (a epilepsia) levou para se manifestar a partir da data em que foi diagnosticada, e foi avaliado o tempo de diagnóstico da doença. E, ainda, foi avaliado o histórico familiar dos pacientes em relação ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas e epilepsia na família, analisando assim o fator genético. Acrescentou-se ainda a questão de se o quadro epilético é ou não tratado, bem como os medicamentos antiepiléticos utilizados, e no caso da presença de uma doença psiquiátrica foi investigado qual tipo de medicação psicoativa o paciente faz ou fez uso. E, por fim, avaliado o tempo de tratamento.

Os questionários foram avaliados e os dados tabulados para posterior análise da prevalência das doenças psiquiátricas. Os dados de prevalência foram analisados pelo programa Graph Prad Prisma 4.0. O teste *t de Student* foi utilizado e o nível de significância adotado foi de 5%. Utilizando-se também um teste de normalidade.

RESULTADOS

Foram abordados no total 100 pacientes, e estes foram divididos igualmente em dois grupos, sendo o grupo 1 constituído de pacientes que não apresentavam epilepsia (grupo controle) e o grupo 2 formado por pacientes portadores da doença.

Dos 50 pacientes do grupo controle, 56% eram do sexo feminino e na faixa etária entre 19 a 75 anos, e destes 46% tinham de 41 a 60 anos, 24% tinham de 18 a 25 anos, 18% de 26 a 40 anos, e apenas 12% mais de 61 anos.

Neste grupo controle, 22% apresentam ou apresentaram algum tipo de doença psiquiátrica, sendo que 16% eram do gênero feminino. A tabela 1 demonstra os tipos de transtornos psiquiátricos encontrados no grupo controle, separados por gênero.

TABELA 1: Relação de doenças psiquiátricas encontradas em pacientes não portadores de epilepsia.

TIPOS DE DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS ENCONTRADAS EM NÃO EPILÉTICOS		
TIPO DE DOENÇA PSIQUIÁTRICA	Nº DE PACIENTES (%) GÊNERO FEMININO	Nº DE PACIENTES (%) GÊNERO MASCULINO
DEPRESSÃO	6%	4%
TAG	4%	2%
TAB	4%	*
ESQUIZOFRENIA	2%	*
NÃO APRESENTAVAM DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS	40%	38%

* Não apresentaram as doenças psiquiátricas em questão, TAG (transtorno de ansiedade generalizada) e TAB (transtorno afetivo bipolar). Número de pacientes abordados: 50.

Já no grupo dos pacientes epiléticos, 68% eram do sexo feminino na faixa etária entre 19 a 67 anos, e, destes, 40% tinham entre 25 e 40 anos, 36% entre 40 e 60, 20% de 18 a 25 anos, e apenas 4% com mais de 61 anos.

Dos pacientes do grupo 2, 72% apresentavam epilepsia havia mais de sete anos, e em quase todos os casos a doença se manifestava desde a infância. Dos demais pacientes, 8% apresentavam a doença havia pelo menos um ano, e 20% tinham a doença entre 3 e 6 anos.

Outro dado avaliado foi o tipo de crise epilética apresentada nos pacientes do grupo 2. 52% dos entrevistados apresentaram crises generalizadas; 36% crises parciais e generalizadas; e apenas 12% somente crises parciais.

Foi avaliado o tratamento farmacológico empregado na epilepsia e na doença psiquiátrica apresentada. O medicamento mais utilizado pelos pacientes epiléticos foram

carbamazepina e oxcarbamazepina. E entre as outras drogas psicoativas, as de maior prevalência foram risperidona e escitalopran.

Por meio do estudo da prevalência das doenças psiquiátricas em pacientes epiléticos, observou-se que 50% deles apresentavam algum transtorno. Desta amostra, 72% eram do gênero feminino e muitos eram diagnosticados com mais de um tipo de doença psiquiátrica, sendo o transtorno depressivo o mais comum. Foi avaliado ainda que, destes, 24% tinham algum caso similar na família, o que possibilita sugerir que este transtorno possa ter se desenvolvido devido à herança genética do indivíduo. A tabela 3 apresenta os tipos de quadros psiquiátricos encontrados nestes pacientes.

TABELA 3: Tipos de transtornos psiquiátricos encontrados em pacientes epiléticos.

TIPOS DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES EPILÉTICOS		
TIPO DE QUADRO PSIQUIÁTRICO	TIPO DE QUADRO PSIQUIÁTRICO, GÊNERO FEMININO	TIPO DE QUADRO PSIQUIÁTRICO, GÊNERO MASCULINO
DEPRESSÃO	14%	8%
TAG	6%	2%
DEPRESSÃO e TAG	10%	*
DEPRESSÃO e TAB	4%	*
DEPRESSÃO e TOC	*	2%
DEPRESSÃO, TAG, TOC e TAB	2%	*
ESQUIZOFRENIA e TAG	*	2%
NÃO APRESENTAVAM DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS	32%	18%

*Não apresentaram as doenças psiquiátricas em questão: TAG (transtorno de ansiedade generalizada); TAB (transtorno afetivo bipolar); TOC (transtorno obsessivo compulsivo). Número de pacientes abordados: 50.

A prevalência de distúrbios psiquiátricos em pacientes epiléticos foi diferente estatisticamente do grupo controle ($p = 0,032$). O gráfico 1 representa os dados obtidos.

*

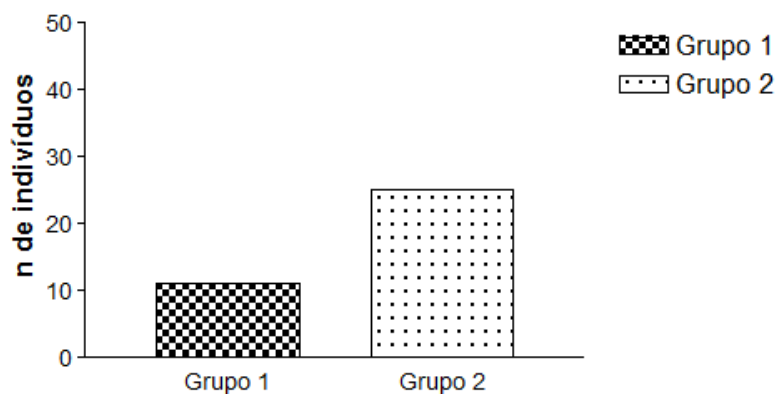


Figura 01: Análise da prevalência de doenças psiquiátricas nos pacientes controles (grupo 1) e em pacientes epiléticos (grupo 2).

DISCUSSÃO

Várias são as pesquisas epidemiológicas referentes à epilepsia, uma destas verifica que o gênero feminino de pacientes epiléticos são os que mais desencadeiam algum tipo de doença psiquiátrica. Muitos autores justificam que esta prevalência encontrada pode ser explicada analisando o mecanismo de pesquisa utilizado nos estudos, alegando que muitas doenças psiquiátricas no gênero masculino passam despercebidas, por ser comum que este utilize de outros meios para tratar as doenças, tais como o uso de álcool e outras drogas ^[18].

No presente estudo foi encontrada uma maior prevalência de mulheres com distúrbios psiquiátricos em ambos os grupos, fato que corrobora outras evidências científicas. Em 1997, foi realizado um estudo em Salvador, BA, em que se relatou que 24% das mulheres haviam desenvolvido algum tipo de doença psiquiátrica contra 20% de homens ^[19].

Estudos vêm sendo feitos para calcular a estimativa de transtorno psiquiátrico em uma população, um exemplo disso foi o estudo realizado nos Estados Unidos com uma amostra de 20 mil pessoas, em cinco grandes centros: New Heaven, Eastern Baltimore, St. Louis,

Durham e Los Angeles. Os resultados indicaram que cerca de $\frac{1}{4}$ da população em algum momento irá apresentar algum tipo de transtorno psiquiátrico ^[20].

A epilepsia vem sendo considerada uma das doenças neurológicas mais comuns na infância, fato que coincide com os encontrados nesta pesquisa e também com os dados epidemiológicos desta doença ^[21]. Uma pesquisa realizada em São Paulo, em 1986, buscou avaliar a taxa de prevalência de epilepsia na zona urbana deste município e o resultado foi que 45% das epilepsias apareceram antes dos 10 anos de idade, e após este pico as taxas de prevalência iam decaindo, e o menor grupo encontrado foi o da população mais velha. Os mesmos pesquisadores destacaram que muitos pacientes que sofrem de epilepsia desde a infância não são diagnosticados, pois é comum que no início desta patologia o período existente entre uma crise e outra seja longo (dependendo do tipo de crise apresentada), o qual vai diminuindo com os anos, devido à intensificação da doença. Muitos problemas podem ocorrer, sendo importante que os pediatras estejam sempre atentos aos sintomas da doença, buscando evidências para um possível diagnóstico precoce ^[22].

Os pacientes do grupo 2 diferiram entre si pelos tipos de crises que apresentaram, sendo a crise generalizada a mais comum e a crise parcial a menos comum. Em 2004, foi realizada uma pesquisa no ambulatório da clínica do Hospital Ofir Loyol, e 59,39% dos pacientes pesquisados apresentavam crises generalizadas contra 28,14% com crises parciais. Este fato pode ser explicado devido às crises parciais geralmente acontecerem em decorrência de traumas e/ou tumores ^[23].

A partir do diagnóstico e caracterização das crises inicia-se o tratamento da doença, sendo a carbamazepina a medicação mais prescrita ^[24]. Este medicamento foi descoberto em 1953 pelo químico Walter Schindler, que buscava encontrar uma medicação com propriedades antipsicóticas, mas apenas em 1962 esta substância foi introduzida no mercado como anticonvulsivante. Este medicamento atua com bloqueador neuronal dos canais de sódio voltagem dependente, estabilizando a hiperexcitação das membranas das células nervosas, inibindo também as descargas neuronais repetitivas e reduzindo a propagação dos impulsos excitatórios sinápticos dos neurônios despolarizados. Nos dias de hoje, estas substâncias são indicadas tanto para tratamento da epilepsia como para tratamento do transtorno bipolar ^[25]. Até os dias atuais não há estudos que evidenciem que qualquer droga antiepilética possa vir a desencadear algum tipo de transtorno psiquiátrico.

Em pacientes epiléticos, a prevalência de doenças psiquiátricas cresce demasiadamente, fato comprovado nesta pesquisa, em que a maioria dos pacientes epiléticos participantes apresenta mais de um diagnóstico de doença psiquiátrica, como depressão e transtorno ansioso. Porém, a literatura condena o múltiplo diagnóstico destas patologias, alegando que na maioria dos casos um transtorno psiquiátrico pode ocorrer apenas como sintoma de uma doença psiquiátrica central. Por exemplo, um paciente melancólico que apresenta sintomas ansiosos, como ataque de pânico, medos patológicos e obsessões em um episódio depressivo [26].

Diversos estudos vêm sendo realizados para comprovar a relação existente entre a epilepsia e as doenças psiquiátricas, e a depressão e o transtorno mental são as mais frequentemente encontradas nos pacientes. Este fato foi comprovado em estudo realizado nos Estados Unidos, em que Blum et al. (2002) avaliou a prevalência de depressão em pacientes com diagnóstico de epilepsia, e os resultados indicaram que 29% desses pacientes apresentaram depressão [27], resultados esses semelhantes ao de nossa pesquisa.

Bem como em diversas outras pesquisas, neste estudo encontramos a depressão como doença psiquiátrica mais comum entre pacientes epiléticos, a partir disto foram então realizados estudos com a finalidade de avaliar a neuropatologia comum entre a depressão e a epilepsia. Em 1982, foi publicada uma hipótese que buscava explicar a associação entre a depressão e a epilepsia, pesquisadores sugeriram um mecanismo fisiopatológico comum entre essas duas doenças, em que uma diminuição da função dos neurotransmissores causadores da depressão auxiliaria também o aparecimento de crises epiléticas e a intensificação da predisposição deste paciente a novas crises; sendo que um aumento da transmissão destes neurotransmissores (noradrenalina, dopamina, serotonina e GABA) poderia prevenir novas crises [28].

Em 2005, foi sugerida uma nova hipótese tentando explicar a associação entre as duas doenças. Tais propostas são válidas apenas de maneira especulativa, pois não apresentam evidências empíricas convincentes; apesar disso, muitos autores utilizam-se da teoria do desbalanço emocional interemisférico para justificar a maior incidência da depressão nos pacientes epiléticos. Esta teoria usa as associações de focos epiléticos que ocorrem nos pacientes, e segundo essa o hemisfério esquerdo cerebral estaria relacionado aos afetos positivos e o hemisfério direito aos afetos negativos; sendo assim, uma hipofunção esquerda

ou direita provocaria no paciente a depressão, devido ao desequilíbrio sofrido em ambos os hemisférios. Estudos de neuroimagem funcional demonstraram um hipofluxo sanguíneo em região frontal esquerda de pacientes deprimidos em geral [29].

A esquizofrenia é vista como uma das psicoses mais graves, considerada uma síndrome clínica complexa, em que o paciente apresenta distorções da realidade, percepções, emoções, movimentos e comportamentos, passando então a viver em um mundo irreal [17]. Kanner, em 2003, avaliou a prevalência de psicose nos pacientes com epilepsia e estimou que cerca de 2 a 8% destes apresentariam quadros psicóticos, sendo um número elevado ao se levar em conta a prevalência na população em geral, em que aproximadamente 0,5 a 0,7% sofre deste transtorno.

Tais associações podem ocorrer por comorbidade — ou seja, ocorrem em conjunto com a epilepsia — ou como um aspecto da própria crise epiléptica [14]. A Tabela 4 resume os diferentes quadros psiquiátricos e sua respectiva relação com a epilepsia.

Tabela 4: Diferentes quadros psiquiátricos e sua respectiva relação com a epilepsia.

Quadro Psiquiátrico	Tipos de Transtornos	Relação com a Epilepsia
Todos os transtornos psiquiátricos descritos no CID-10 e no DSM-IV	Transtornos de humor; Transtornos de personalidade; transtornos psicóticos; transtornos de ansiedade.	Nenhuma ocorre em comorbidade com doenças crônicas.
Sintomas psiquiátricos ictais/peri-ictais	<i>Status</i> parcial simples; <i>Status</i> parcial complexo; <i>Status</i> de ausência, Psicoses ictais.	Manifestações comportamentais das próprias crises epiléticas.

Transtornos interictais específicos da epilepsia	Psicose pós-ictal; Psicose interictal; Psicose alternativa; Quadros afetivo-somatoformes.	Manifestações comportamentais que ocorrem especificamente em pacientes com epilepsia.
Transtornos de personalidade específicos da epilepsia	Grupo-hiper-ético; Grupo viscoso; Grupo lábil.	Alterações de personalidade possivelmente ligadas à progressão da doença.

FONTE: Yacubian - Transtornos psiquiátricos na epilepsia: uma proposta de classificação elaborada pela comissão de neuropsiquiatria da ILAE

Um estudo realizado por Tellez-Zenteno et al. (2007) analisou a prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes com e sem epilepsia em um período de 12 meses, e foi verificado que 5,2% da população em geral, comparando-se aos 14,1% em pacientes epiléticos, apresentou algum tipo de transtorno do humor. Avaliando o transtorno de ansiedade, 4,6% da população em geral sofria desta patologia, e no grupo de pacientes com epilepsia esse valor aumentou para 12,8%. Neste mesmo estudo, verificou-se também que cerca de 10,9% da população em geral sofre de transtornos psiquiátricos, sendo este número aumentado para 23,5% quando há associação das duas doenças ^[30]. Assim como neste estudo de 2007, nesta pesquisa também encontraram-se índices elevados de doenças psiquiátricas em pacientes epiléticos quando comparados a uma população não epilética.

A Tabela 5 apresenta a prevalência dos principais transtornos psiquiátricos entre os pacientes com epilepsia e na população geral, sendo que tanto em uma quanto em outra o transtorno psiquiátrico mais comum é a depressão e as menos comuns são as psicoses.

Tabela 5: Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes epiléticos e na população geral.

Transtorno Psiquiátrico	Paciente com Epilepsia	População Geral
--------------------------------	-------------------------------	------------------------

Transtorno de humor (depressivo)	24 - 74%	3,3% Distímia; 5 - 17% Depressão Maior
Transtorno de ansiedade	10 - 25%	5 - 7% TAG; 1 - 4% Transtorno do pânico.
Psicoses	9 - 10%	0,7 a 1% esquizofrenia
Déficit de atenção com hiperatividade	12 - 37%	4 - 12%

FONTE: Yacubian - Efeitos Psiquiátricos e Comportamentais das Drogas Antiepiléticas e Sua Ação Como Moduladores de Humor

Existem muitas dificuldades para estabelecer a frequência de transtornos psiquiátricos em pacientes epiléticos, sendo que a prevalência e a gravidade dos quadros psiquiátricos encontradas variam de acordo com uma série de fatores demográficos, clínicos e psicossociais, e até mesmo com a habilidade médica, que possibilitaria ao médico diferenciar estas duas patologias. Uma das limitações ocorre devido à variabilidade dos critérios diagnósticos destes transtornos psiquiátricos, os quais variam demasiadamente causando controvérsias na literatura ^[14].

Neste estudo, foi evidenciada a prevalência de distúrbios psiquiátricos na população epilética, corroborando os dados científicos já publicados. Ressaltando-se a importância da avaliação da prevalência entre os profissionais de saúde, que devem estar atentos às comorbidades associadas à epilepsia que podem dificultar o tratamento da doença. Ainda, quando é possível, a equipe deve fazer uma avaliação genética de doenças psiquiátricas na família do paciente epilético para escolher medicamentos com menor interferência nas regiões límbicas do cérebro, podendo reduzir a probabilidade do aparecimento da doença.

Desta forma, pode-se concluir que pacientes epiléticos apresentam maior probabilidade de desenvolver comorbidades psiquiátricas. Apesar de se saber há séculos da existência da relação destas duas patologias, há poucos estudos que explicam tal associação, sendo que nenhum destes explica o aumento de casos psiquiátricos em pacientes epiléticos.

Fato que mostra a necessidade de se ampliar os estudos nesta área, para que sejam descobertas formas de evitar o aparecimento de doenças psiquiátricas nestes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cavaleiro EA, Silva AV. Epilepsia: uma janela para o cérebro. Multi Ciência 2004; 3: 1 – 8.
2. Shorvon SD. Classificação etiológica da Epilepsia. Epilepsia 2011; 52 (6): 1052 – 1057.

3. Alfaro JC. Características psicopatológicas em pacientes com epilepsia de un instituto nacional de salud de Lima. Col de Psic del Péru 2010 Set; 9 (1): 67 – 78.
4. Gitaí DLG.; Pereira RNR, Gitaí LLG, Leite JP, Cairasco GN, Larson PLM. Genes e epilepsia I: epilepsia e alterações genéticas. Rev Assoc Med Bras 2008; 54(3): 272 – 8.
5. Santos RO. Estruturas e Funções do córtex cerebral. Centro Universitário de Brasília 2002. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2128/1/9713912.pdf>>. Acessado em: 2 ago 2013.
6. Alvarez FS.; Canetti MD.; Filho WBC.; Borghi D. Protocolo das unidades de Pronto Atendimento 24 horas. 2º Grupamento de socorro de emergencia 1999; 24 – 28.
7. Yacubian EMT. Proposta de Classificação das Crises e Síndromes Epilépticas. Correlação Videoeletrencefalográfica. Rev Neurociencia 2002; 10 (2): 49 – 65.
8. Wolf P. Of cabbages and kings. Some considerations on classification, diagnostic schemes, semiology and concepts. Epilepsia 2003; 44 (1):1-13.
9. Golan DE, Tashjian AH, Armstrong EJ, Armstrong AW. Princípios de Farmacologia: A base fisiopatológica da farmacoterapia. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2009.
10. Brunton LL; Lazo JS; Parker KL. Goodman e Gilman As Bases Farmacológicas da Terapêutica. Rio de Janeiro (RJ): Editora McGraw Hill, 2011.
11. Sanabria ERG, Scorza FA, Cavalheiro EA. O uso de fatias de tecido cerebral (“brain slices”) no estudo da epilepsia do lobo temporal. Rev Neuroscie 1997; 5 (1): 34 – 46.
12. Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto (PT). Mecanismo de acção do GABA. Porto (Pt): Toxicologia Mecanística; 2008. Disponível em: <http://www.ff.up.pt/toxicologia/monografias/ano0708/g30_alpraz/alpraz_ficheiros/page0005.htm>. Acessado em: 27 abr 2013.
13. Remy S, Beck H. Molecular and cellular mechanisms of pharmaco-resistance in epilepsy. Brain 2006; 129: 18 – 35.

14. Yacubian EMT, Mazetto L, Filho GMA. Transtornos Psiquiátricos na Epilepsia: Uma Proposta de Classificação Elaborada pela Comissão de Neuropsiquiatria da ILAE. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2008; 14 (3): 119 – 123.
15. Berrios EG. Epilepsy and Insanity During the early 19th Century: A Conceptual History. *Arch of Neur* 1984; 1(9): 978-981.
16. Brunoni, AR. Transtornos mentais comuns na prática clínica. *Rev Med* 2008 (4) : 251 – 263
17. Oliveira, RM; Facina, PCBR; Antônio, CSJ. A realidade do viver com esquizofrenia. *Rev. bras. enferm.* 2012, (65): 309 – 316.
18. Yacubian EMT. Proposta de Classificação das Crises e Síndromes Epilépticas. Correlação Videoeletrencefalográfica. *Rev. Neurociência.* 2002, 10 (2): 49 – 65.
19. MORGADO AF; COUTINHO ESF. Dados de epidemiologia descritiva de transtornos mentais em grupos populacionais do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1985; 1 (3): 327 – 347.
20. LIMA MS. Epidemiologia e Impacto Social. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 1999; 21 (1): 1 – 5.
21. RIZZUTTI S; MUSZKAT M; VILANOVA LCP. Epilepsia na Infância. *Rev. Neurociência* 2000; 8 (3): 108 – 116.
22. JUNIOR RM; CUKIERT A; PINHO E. Aspectos Epidemiológicos da Epilepsia em São Paulo. *Arq. Neuropsiquiatria* 1986. 44 (3): 243 – 252.
23. MACHADO MF; NETO OGR; CARVALHO JRSA. Epilepsia em remissão: estudo da prevalência e do perfil clínico-epidemiológico. *Rev. Neurociência* 2007. 15 (2): 135 – 140.
24. MARCOLIN MA; CANTARELLI MG; JUNIOR MG. Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. *Rev. Psiq. Clín.* 2004. 31 (2): 70 – 81.
25. ARAÚJO DS; SILVA HRR; FREITAS RM. Carbamazepina: uma revisão de literatura. *Rev. Eletrônica de Farmácia* 7 (4): 30 – 45.
26. JUNIOR AS; CORDÁS TA. Depressão e Ansiedade. *Ed. Moreira Jr* (1): 221 – 228.
27. Marchetti RL, Neto JG. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. *Rev Bras Psiquiatria* 2005; 27 (4): 323 – 328.

28. Valente KDR; Thomé-Souza S; Kuczynski E; Negrão N. Depressão em crianças e adolescentes com epilepsia. Rev Psiquiatria Clín. 2004. 31 (6): 290 – 299.
29. MARCHETTI RL; CASTRO APW; KURCGANT D; CREMONESE E; NETO JG. Transtornos Mentais Associados à Epilepsia. Ver. Psiq. Clín. 2005. 32 (3): 170 – 182.
30. Gomes MM. Aspectos Epidemiológicos das Comorbidades psiquiátricas em Epilepsia. J Epilepsy Clin Neurophysiol 2008. 14 (4): 162 – 170.