



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

***Psicose de novo* após a cirurgia da epilepsia**

Mariana Mateus Figueiras Antunes

Orientado por:

Professora Doutora Filipa Novais

Maio'2022

RESUMO

O tratamento cirúrgico da epilepsia refratária é a opção que apresenta a melhor relação custo-benefício, no entanto, pode ter complicações psiquiátricas. A perturbação psicótica *de novo* tem sido um dos efeitos adversos particularmente receados, ainda que pouco prevalente (1 a 10%). Neste trabalho é apresentado um caso clínico que se refere a uma doente de 32 anos com antecedentes psiquiátricos de um episódio de depressão menor. A doente relevou ter muitos défices a nível social, com traços de personalidade cluster A e provável perturbação esquizóide da personalidade. Quatro meses após um procedimento neurocirúrgico major para a epilepsia, iniciou um quadro de ideias delirantes de carácter místico e alucinações acústico-verbais. Estes sintomas não mostraram ter repercussões nem a nível profissional nem social, dado tratar-se de uma mulher desempregada com pouca interação com os outros. Ao longo do tempo apresentou uma diminuição dos sintomas psicóticos, até que, cerca de um ano e meio depois, desapareceram por completo. Afirma que não voltou a ter uma repetição de sintomas. Com base neste caso, serão explorados alguns dados da literatura relativamente ao tema.

Palavras-chave: epilepsia refratária; cirurgia da epilepsia; psicose *de novo*; personalidade cluster A.

ABSTRACT

The surgical treatment of refractory epilepsy is the option that offers a better cost-benefit relationship, nevertheless, it may have psychiatric complications. Despite not being too frequent (1 to 10%), one of the most feared consequences is the psychosis *de novo*. Throughout this work, a clinical case is presented that refers to a 32-year-old patient with a psychiatric history of minor depression. This patient revealed many social deficits and likely a personality disorder cluster A. Four months after this major neurosurgical procedure for epilepsy, the patient began to have mystical delusional ideas and acoustic-verbal hallucinations. Since the subject was unemployed and had low interactions with other people, these symptoms didn't show any effect on her social or professional life. As time went on, the psychotic symptoms decreased and disappeared completely about a year and a half later. The patient states that she hasn't had any symptoms then. Based on this case, some of the current literature will be explored.

Keywords: refractory epilepsy; epilepsy surgery; psychosis *de novo*; cluster A personality.

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

ÍNDICE

Introdução.....	2
Caso Clínico	4
Discussão	12
Conclusão	15
Referências bibliográficas	16

INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais comuns a nível mundial (Beghi, 2020; Moshé et al., 2015), afetando atualmente mais de 70 milhões de pessoas (Bouwens van der Vlis et al., 2019). Segundo Beghi (2020), a prevalência da epilepsia ao longo da vida é de 7,6 por cada 1000 pessoas. É caracterizada pela ocorrência de, pelo menos, duas crises epilépticas espontâneas ou de apenas uma crise com uma elevada probabilidade de recorrência, superior a 60% nos 10 anos seguintes. Estas crises devem-se a uma atividade neuronal excessiva ou hipersíncrona (Rugg-Gunn et al., 2020). Esta predisposição prolongada, para a ocorrência de crises epilépticas, tem inúmeras consequências neurobiológicas, cognitivas e psicossociais (Beghi, 2020; Thijs et al., 2019). Muitos destes doentes são alvo de estigma social que se associa ao stress inerente a uma neuropatologia crónica e imprevisível, que pode provocar danos permanentes nas suas vidas (Moshé et al., 2015).

Cerca de um terço dos doentes com epilepsia não respondem à terapêutica farmacológica (Helmstaedter, 2004), isto é, não atingem remissão sustentada ou contínua das crises epilépticas apesar do uso de dois fármacos antiepilépticos apropriados em monoterapia ou em associação (Kwan et al., 2010). Falamos, por isso, de epilepsia refratária (Helmstaedter, 2004). As duas causas mais comuns desta doença são a epilepsia do lobo temporal com esclerose do hipocampo e a epilepsia com malformação do desenvolvimento cortical (Foit et al., 2020). Estes casos refratários têm indicação cirúrgica uma vez que se trata do método mais eficaz para o controlo das crises (Helmstaedter, 2004; Ryvlin et al., 2014) e o único potencialmente curativo (Thijs et al., 2019). Para além disso, apresenta a melhor relação custo-benefício sendo preferível ao tratamento médico, dado proporcionar uma melhor qualidade de vida (Thijs et al., 2019).

O sucesso da cirurgia depende de vários fatores, tais como o tipo de epilepsia, a patologia de base, a localização exata do foco epileptogénico (Ryvlin et al., 2014) e a existência de comorbilidade psiquiátrica (MacRodimitris et al., 2011). Segundo Spencer & Huh (2008), a taxa de remissão completa das crises um ano após a cirurgia é entre 53 e 84%

em doentes com epilepsia mesial do lobo temporal, entre 36 e 76% em doentes com Epilepsia Neocortical e entre 43 e 79% em doentes submetidos a uma hemisferectomia.

A doença mental, em portadores de epilepsia, tem vindo a ganhar interesse dado existir uma elevada prevalência de psicopatologias nesta população (de Araujo Filho, 2021; Novais et al., 2019c). Entre 20 a 70% dos doentes com epilepsia refratária, particularmente no lobo temporal, têm uma perturbação psiquiátrica diagnosticada (de Araujo Filho, 2021), ao contrário da população em geral, onde o número reduz para 21% (MacRodimitris et al., 2011; Patel et al., 2020).

No entanto, ainda que vários autores se refiram à existência de uma melhoria geral da qualidade de vida e dos sintomas psiquiátricos após a cirurgia da epilepsia (Filho et al., 2012; Novais et al., 2019a, 2019b, 2019c; Patel et al., 2020; Ryvlin et al., 2014), nesta fase pós-cirúrgica podem surgir alguns efeitos secundários, como o desenvolvimento de psicopatologias *de novo* (Cleary et al., 2013; D'Alessio et al., 2014; Novais et al., 2019a, 2019b), ou mesmo um agravamento das perturbações psiquiátricas de base (Cleary et al., 2013; Novais et al., 2019b).

Entre as perturbações psiquiátricas *de novo* encontram-se com mais frequência a depressão, ansiedade e a psicose, que podem atingir uma prevalência de 26% nos doentes sujeitos a cirurgia do lobo temporal. Por outro lado, um novo início de crises dissociativas (não epiléticas) pode desenvolver-se em 4% a 8% das pessoas após a cirurgia (Rugg-Gunn et al., 2020).

Entre as complicações psiquiátricas pós-cirúrgicas, a perturbação psicótica *de novo* tem sido particularmente recuada (Calvet et al., 2011; de Araujo Filho, 2021), visto ter consequências potencialmente graves (de Araujo Filho, 2021). A prevalência desta perturbação após a cirurgia tem sido estimada entre 1 a 10% (de Araujo Filho, 2021).

O objetivo deste trabalho passa por relatar um caso clínico no qual se verifica o aparecimento desta mesma patologia após a cirurgia da Epilepsia e, com base nesse caso, serão explorados alguns dados da literatura.

CASO CLÍNICO

Identificação:

Nome: C.A.

Sexo: Feminino

Data de nascimento: 11/10/1989

Idade: 32 anos

Estado civil: Solteiro

Habilitações Acadêmicas: Mestrado em Microbiologia Aplicada

Profissão: desempregada; a tentar dar explicações de inglês online através de uma empresa

Naturalidade: Ponte de Sôr

Residência: Ponte de Sôr

Data e local da entrevista:

Data da entrevista: 10/01/2022

Local da entrevista: Via Zoom

Informadores: A própria e a mãe

História da doença atual:

Doente aparentemente saudável até aos 15 meses de idade, altura em que inicia um quadro de crises de ausência, tendo sido feito nessa altura o diagnóstico de epilepsia, associada a esclerose mesial com displasia temporal tipo IA. Há 28 anos, ou seja, quando a doente tinha 4 anos de idade, o seu quadro foi considerado refratário por manter as crises de ausência. Afirma ter tido cerca de 3-4 crises epiléticas por ano, ainda que medicada.

Do ponto de vista psicopatológico, esteve aparentemente bem até aos 21 anos de idade, altura em que refere ter começado a sentir que “não tinha domínio sobre si própria” (sic) e que por ter “muito cansaço, já não conseguia ter força para fazer o que queria” (sic).

Nega alterações do sono, anedonia, diminuição da concentração, alterações do apetite ou ideação suicida. Na altura não procurou ajuda médica.

C.A. foi observada por vários médicos e há cerca de 8 anos foi encaminhada para o grupo da cirurgia da Epilepsia tendo sido intervencionada há quatro anos e sete meses (foi submetida a uma polectomia temporal direita), com sucesso terapêutico, negando crises epiléticas desde aí.

Durante os primeiros meses após a cirurgia da epilepsia, menciona ainda que passou a sentir um maior cansaço físico e que “mal se conseguia mexer” (sic), tendo de “fazer um esforço para manter a sua rotina” (sic), não procurando ajuda psiquiátrica. Quatro meses após a intervenção, apesar de não ser religiosa, começou a frequentar uma igreja evangélica, tendo mesmo integrado o coro da organização religiosa. Afirma que “rezava muito” (sic) e “tinha uma missão: era mensageira de Deus” (sic). Nessa mesma altura, começou a “ouvir a voz de um homem do mesmo coro, a toda a hora” (sic), e a “ver, várias vezes, coisas relacionadas com ele” (sic). Em consequência disso, começou a “querer aproximar-se dessa pessoa forçosamente” (sic), porque “tinha necessidade de a ter presente na sua vida” (sic). Para além disso, sem explicar, afirma que passou a “fazer coisas que não devia” (sic). Refere ainda que “ninguém tem noção nem de metade do que se passava na cabeça dela” (sic). Posteriormente, “apercebeu-se que não era normal como se sentia” (sic), e procurou acompanhamento psicológico. Foi assim que, em Maio de 2018, aos 28 anos de idade, iniciou as consultas de Psiquiatria onde foi inicialmente medicada com medicação com Risperidona 2mg/dia. Refere ter tido uma melhoria do quadro cerca de seis meses após o seu início, e cerca de um ano e meio depois terá existido uma remissão dos sintomas. A terapêutica tem vindo a ser progressivamente reduzida, tendo já interrompido à data desta entrevista.

Ao longo da história não se apuraram outros sintomas psicopatológicos.

Antecedentes pessoais:

História pessoal:

Gravidez, parto e amamentação

Filha única. Gravidez normal e parto eutócico prematuro. Amamentou.

Desenvolvimento infantil, idade escolar, adolescência

Iniciou a marcha e começou a falar por volta dos 15 meses. O controlo de esfíncteres diurno foi atingido aos 18 meses, e noturno aos 2 anos.

Refere as primeiras recordações da infância a partir dos 4 anos, retratando-se como uma criança alegre, feliz, comunicativa e “traquina” (sic). A partir dos 7 anos, após desentendimento com uma das professoras, refere ter-se tornado numa criança menos alegre e mais tímida.

Refere hiperatividade e ranger de dentes, quando tinha crises epiléticas. Nega outros sintomas psicopatológicos infantis, tais como terrores noturnos, problemas com a alimentação em criança, perda involuntária de urina ou fezes durante a noite com mais de 5 anos, sonambulismo, onicofagia ou gaguez.

Andou na escola entre os 6 e 18 anos com um aproveitamento médio. Refere ter “um raciocínio fraco, mas facilidade em decorar” (sic). Recorda-se de vomitar todos os dias nas aulas, mas sem memória do porquê. Teve sempre uma relação difícil e distante com os colegas, uma vez que sofria de bullying. Refere ter sido “chantageada sexualmente para integrar grupos de colegas” (sic), e que “só brincava com rapazes” (sic).

Afirma ter sido uma criança introvertida, tímida, isolada e “nunca participou em atividades por receio dos pais, para não ser mais discriminada” (sic).

Durante a adolescência refere já ter conseguido criar amizades.

Nega perturbações psiquiátricas durante a puberdade.

Teve a menarca aos 12 anos. Alega já ter tido informações sobre a menstruação previamente e ter tido o apoio da mãe.

Vida adulta

É solteira e não tem filhos. Vive com os pais.

Ingressou no curso de Microbiologia Aplicada, acabando com o grau de mestre.

Iniciou o seu primeiro emprego aos 27 anos, como operária fabril de Julho a Agosto de 2017, sendo despedida por “ser um emprego sazonal e já não precisarem dela” (sic). Entre Novembro 2019 e Julho 2020 realizou um estágio profissional numa escola básica, “acabando por não assinar contrato devido à pandemia” (sic). Neste momento, encontra-se inscrita num site de explicações online de inglês, mas ainda sem alunos. Não é independente economicamente da família, mora com os pais.

Vida social

Afirma ser uma pessoa pouco social e com dificuldade em fazer amigos. Integra um coro gospel da igreja “na tentativa de ver pessoas diferentes” (sic) e é também leitora voluntária na biblioteca municipal.

Sexualidade

Iniciou a sua vida sexual aos 27 anos.

De momento não tem nenhum companheiro. Nega relacionamentos.

Hábitos Tóxicos

Nega hábitos tóxicos

História médica:

Refere meningite aos 9 meses de idade. Diagnosticada com epilepsia desde os 15 meses de idade, associada a esclerose mesial com displasia temporal tipo IA. Aos 4 anos, a sua epilepsia foi classificada como refratária.

Afirma ter tido cerca de 3-4 crises epiléticas por ano, com medicação. Em Outubro de 2017 foi submetida à cirurgia da epilepsia, referindo deixar de ter crises a partir dessa altura. Depois da cirurgia alega ter ficado “debilitada” (sic).

Atualmente medicada com: Pregabalina 75mg, Lamotrigina 200mg e Clobazam 20mg – pequeno-almoço; Pregabalina 75mg, Lamotrigina 175mg e Ácido Fólico 5mg – jantar; Clobazam 30mg – ao deitar.

História familiar:

Pai com 74 anos, reformado e com história de “um problema pulmonar controlado” (sic) que não sabe especificar. Afirma que o pai é “pessimista, desconfiado, impaciente, de ideias fixas, honesto, justo, proativo e compulsivo a comprar” (sic).

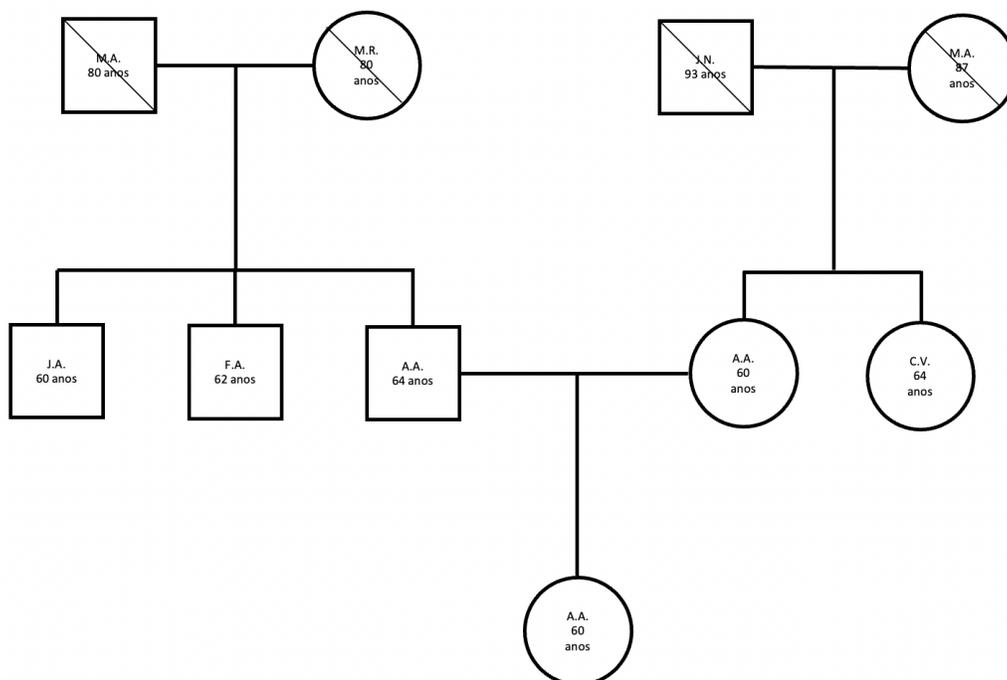
Mãe com 60 anos, funcionária da câmara e com antecedentes reumatológicos nas mãos que não sabe especificar. Refere que a mãe é “pessimista, impaciente, desconfiada, compreensiva, atenciosa, excessivamente protetora, honesta e justa” (sic).

A doente refere que o ambiente familiar é “stressante para ela” (sic), muito monótono, repetitivo e baseado em “notícias, politiquices e falar mal das vidas dos outros”, nunca havendo conversas sobre “assuntos agradáveis” (sic). Afirma que a relação com os pais é tóxica e que “não desperta boas energias nela” (sic). Se não tiver à sua volta “um ambiente positivo, também não o consegue ser” (sic). Tem tendência a não falar muito para “não criar conflitos entre eles” (sic). Refere ainda que gostava de “poder contar tudo à mãe” (sic). A doente alega que “se fosse mais bem disposta, mais proactiva e confiante, a sua relação com os pais era diferente e conseguia criar outro clima em casa” (sic).

Afirma que a relação entre os pais é descrita como “normal”, “com os conflitos normais de um casal” (sic).

Outros parentes significativos são os tios.

Refere que o avô materno foi seguido na psiquiatria com idade avançada, após a várias tentativas de suicídio.



Personalidade prévia à doença atual:

A doente descreve-se como uma pessoa pouco social, introvertida e pouco ativa. Atendendo ao DSM-V, C.A. tem cinco dos sete critérios para Perturbação Esquizóide da Personalidade: “escolhe quase sempre atividades solitárias”; “tem pouco, se algum, interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa”; “tem prazer em poucas ou nenhuma atividades”; “não tem amigos íntimos ou confidentes, para além dos familiares de primeiro grau” e “mostra frieza emocional, desprendimento ou aplanamento da afetividade”.

Apresentação e comportamento geral:

Entrevista feita por Zoom.

Aparência geral cuidada. Postura natural. Expressão facial apática. Mímica e gesticulação pobre. Marcha não avaliada. Articulação do discurso normal.

Contacto:

Contacto sintónico e colaborante

Atividades psicológicas:

Consciência – Vígil, não apresentando alterações quantitativas ou qualitativas da consciência.

Orientação – Orientada no tempo, espaço e alo-psiquicamente.

Atenção – Focada, fixada e mantida.

Memória – No decorrer da entrevista não se destacaram alterações de memória imediata, recente ou remota.

Percepção – Ausência de distorções sensoriais ou falsas percepções.

Discurso – Discurso espontâneo, fluente, sem alterações da articulação, da atividade, do ritmo, iterativas, sintáticas ou semânticas.

Pensamento – Pensamento com curso normal, não apresentando alterações da forma, da posse ou conteúdo.

Vivência do eu – Não se observaram alterações.

Humor, emoções e afetos – A doente apresenta-se com um humor eutímico, sem alterações qualitativas. As expressões emocional e afetiva encontram-se adequadas.

Vontade – Ausência de alterações quantitativas ou qualitativas da vontade e do impulso.

Motricidade – Sem alterações da motricidade.

Vida instintiva – Não tem alterações do sono, do comportamento alimentar ou sexual.

Consciência da doença – Insight presente.

Hipóteses Diagnósticas:

A perturbação esquizofreniforme é o diagnóstico mais provável para os sintomas evidenciados pela doente após a cirurgia da epilepsia, já que cumpre os seguintes critérios de diagnóstico definidos no DSM-V: delírios e alucinações; episódio com uma duração superior a 1 mês, mas inferior a 6 meses; não foram identificados episódios depressivos major ou maníacos simultaneamente com os sintomas de fase ativa; e a perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.

A perturbação psicótica breve foi excluída uma vez que o episódio vivido pela doente teve uma duração superior a 1 mês.

As perturbações esquizoafetiva, depressiva e bipolar com características psicóticas também foram excluídas por não terem ocorrido episódios depressivos major ou maníaco em simultâneo com os sintomas de fase ativa.

Prognóstico:

Como fatores de bom prognóstico temos o facto da doente já não apresentar qualquer sintomatologia psiquiátrica. No entanto, a existência de Perturbação Esquizóide da Personalidade e antecedentes de episódio de Depressão Minor podem ser considerados fatores de risco para a Perturbação Psicótica e, como tal, potenciadores de um mau prognóstico.

DISCUSSÃO

Apresentou-se um caso no qual se identificou um episódio psicótico *de novo* com início quatro meses após a cirurgia da epilepsia, atualmente com remissão completa sob medicação.

Cada doente proposto para a cirurgia da epilepsia é submetido a uma avaliação psiquiátrica completa. Um dos objetivos desta entrevista é definir a linha de comportamento de base de cada doente. Neste processo, os doentes podem ocultar ou minimizar sintomas psiquiátricos, com receio que estes sejam motivo para não se proceder ao tratamento. Assim, o que pensamos ser uma perturbação psicótica *de novo*, pode ser apenas uma questão de subnotificação (Salpekar, 2019). No caso da doente apresentada, não foram apuradas patologias major aquando da avaliação pré-cirúrgica. No entanto, à luz do avançado por Salpekar (2019), C.A. poderá ter ocultado alguma informação relevante que poderia conduzir a um diagnóstico diferente.

Os traços de personalidade dos doentes aparentam ter uma influência nos efeitos secundários psiquiátricos deste procedimento neurocirúrgico (Calvet et al., 2011; Foong & Flugel, 2007). Mais especificamente, doentes com traços de personalidade Cluster A tem maior risco de sofrer esses efeitos adversos. Vários autores relataram casos de doentes com perturbação psicótica *de novo* pós-cirúrgica, que tinham traços de personalidade prévias de risco (Calvet et al., 2011). A doente do caso clínico aparenta ter traços de personalidade tipo A, mais especificamente tipo esquizóide. Atendendo ao DSM-V, C.A. tem cinco dos sete critérios para Perturbação Esquizóide da Personalidade: “escolhe quase sempre atividades solitárias”; “tem pouco, se algum, interesse em ter experiências sexuais com outra pessoa”; “tem prazer em poucas ou nenhuma atividades”; “não tem amigos íntimos ou confidentes, para além dos familiares de primeiro grau” e “mostra frieza emocional, desprendimento ou aplanamento da afetividade” (American Psychiatric Association, 2013).

Outra hipótese discutida na literatura, que se pode aplicar a esta doente, é o facto das crises epilépticas se poderem comportar como um tratamento psiquiátrico endógeno de outras patologias. A crise generalizada, medicamente induzida e monitorizada, é um

tratamento especialmente eficaz em perturbações psiquiátricas, nomeadamente na depressão. Ao retirarmos cirurgicamente o foco epileptogénico, deixam de existir as crises e a psicopatologia é desmascarada. Apesar de ser mais provável ocorrer nos casos de depressão, também é possível nas perturbações psicóticas (Salpekar, 2019).

A atividade epileptogénica generalizada (Novais et al., 2019a), particularmente se o foco for no sistema límbico (de Oliveira et al., 2010), deixa os doentes mais vulneráveis ao desenvolvimento de perturbações psiquiátricas após a cirurgia da Epilepsia, uma vez que estes circuitos neurais têm um papel fundamental na regulação do humor, comportamento e emoções (de Oliveira et al., 2010; Novais et al., 2019a). Por outro lado, também foi demonstrado que pode existir uma reinervação aberrante e reorganização sináptica da zona sujeita aos procedimentos cirúrgicos que explique a perturbação psicótica *de novo* (Calvet et al., 2011; Foong & Flugel, 2007). C.A. é uma doente que tinha o foco epileptogénico no lobo temporal, que faz fronteira com o sistema límbico, logo, a cirurgia pode ter provocado uma disrupção nos circuitos neurais vizinhos.

De acordo com alguns autores, não existe o efeito da lateralidade das lesões para a ocorrência de perturbação psicótica *de novo*, dada a presença de um igual potencial desencadeador de um episódio psicótico em ambos os hemisférios (Cleary et al., 2013; Filho et al., 2012; Sperli et al., 2009). Contudo, nos casos de esclerose temporal mesial, existem estudos que referem uma maior tendência no hemisfério esquerdo para a ocorrência da psicopatologia *de novo* (Filho et al., 2012). Há também autores que falam numa maior frequência de episódios psicótico em doentes com foco epileptogénico nos lobos temporais (de Oliveira et al., 2010), como é o caso da doente apresentada.

Vários estudos neuropatológicos propõem uma associação entre perturbação psicótica *de novo* pós-cirúrgica e lesões do desenvolvimento (como gangliomas) (Cleary et al., 2013; Foong & Flugel, 2007), ou esclerose temporal mesial (Filho et al., 2012; Foong & Flugel, 2007), o que vai ao encontro do caso clínico da doente em estudo, já que à mesma foi diagnosticada esclerose temporal mesial. Ainda que também seja referido na literatura uma associação entre perturbação psicótica *de novo* e alterações anatómicas/estruturais

ou anomalias no EEG, particularmente ao nível da amígdala (Foong & Flugel, 2007), tal não se verifica em C.A..

Outra das teorias mais divulgadas é a da Normalização Forçada. A mesma defende que, uma vez findas as crises epiléticas, o Sistema Nervoso Central passa a manifestar a sua disfunção de forma alternativa, principalmente sob a forma de alterações do comportamento (Mehmood et al., 2017). Em C.A., cerca de quatro meses depois, foram observadas alucinações acústico-verbais e ideias delirantes de carácter místico.

Tendo em conta o impacto de psicopatologias *de novo* podem ter na vida dos doentes, deve existir uma intervenção nestas doenças tão breve quanto possível. É sugerida uma abordagem que articule a psicoterapia e a farmacoterapia. Habitualmente, estes doentes são medicados com baixas doses de Risperidona (antipsicótico) (Calvet et al., 2011; D'Alessio et al., 2014), Escitalopram (antidepressivo) ou Topiramato (antiepilético), ou é dada continuidade ao tratamento antipsicótico pré-cirúrgico (D'Alessio et al., 2014). Os sintomas positivos (pensamento desorganizado, ansiedade, ideias delirantes, alucinações, agressividade, insónia), tendem a responder aos antipsicóticos típicos, no entanto, os sintomas negativos (apatia, distanciamento social, catatonia) respondem melhor a antipsicóticos atípicos (Nadkarni et al., 2007). No caso de C.A., foi medicada com Risperidona titulada até 2 mg, com sucesso terapêutico.

CONCLUSÃO

A perturbação psicótica *de novo*, após a cirurgia da Epilepsia, é um tema que merece ser mais explorado, por forma a minorar o aparecimento dos referidos efeitos secundários, ao nível das intervenções preventivas, antes da cirurgia, e precoce, no pós-operatório.

Por um lado, os estudos que existem são escassos e envolvem amostras pequenas com follow-ups de curta duração, sendo difícil perceber as complicações a longo prazo. Por outro, é necessário clarificar os mecanismos da psicopatologia *de novo* após a cirurgia da epilepsia, por forma a identificar os fatores de risco para o seu desenvolvimento.

Para mitigar ao máximo a ocultação ou minimização de sintomas psiquiátricos, é importante existir uma avaliação psiquiátrica pré-cirúrgica exaustiva com foco nos fatores clínicos e sociodemográficos.

A decisão de proceder ao tratamento cirúrgico deve ser multidisciplinar e ter em conta os aspetos psiquiátricos, para além dos neurológicos, neurofisiológicos e cirúrgicos. Paralelamente, devem ser discutidos com os doentes e familiares não só os riscos cirúrgicos da intervenção, mas também os psiquiátricos, por forma a permitir uma escolha

A literatura revela bastante controvérsia relativamente a uma associação entre a perturbação psicótica *de novo* e o tratamento cirúrgico da epilepsia refratária. Inclusivamente, ao contrário do discutido anteriormente, a maioria dos autores refere uma melhoria da qualidade de vida dos doentes e redução da taxa de psicopatologia após o procedimento. No entanto, também é consensual que as comorbilidades psiquiátricas têm um impacto negativo na vida dos doentes, e devem ser bem identificadas e tratadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth edition). Arlington, VA: Climepsi Editors.
- Beghi, E. (2020). The Epidemiology of Epilepsy. In *Neuroepidemiology* (Vol. 54, Issue 2, pp. 185–191). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000503831>
- Bouwens van der Vlis, T. A. M., Schijns, O. E. M. G., Schaper, F. L. W. V. J., Hoogland, G., Kubben, P., Wagner, L., Rouhl, R., Temel, Y., & Ackermans, L. (2019). Deep brain stimulation of the anterior nucleus of the thalamus for drug-resistant epilepsy. In *Neurosurgical Review* (Vol. 42, Issue 2, pp. 287–296). Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s10143-017-0941-x>
- Calvet, E., Caravotta, P. G., Scévola, L., Teitelbaum, J., Seoane, E., Kochen, S., & D'Alessio, L. (2011). Psychosis after epilepsy surgery: Report of three cases. *Epilepsy and Behavior*, 22(4), 804–807. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.09.029>
- Cleary, R. A., Baxendale, S. A., Thompson, P. J., & Foong, J. (2013). Predicting and preventing psychopathology following temporal lobe epilepsy surgery. In *Epilepsy and Behavior* (Vol. 26, Issue 3, pp. 322–334). <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2012.09.038>
- D'Alessio, L., Scévola, L., Fernandez Lima, M., Oddo, S., Solís, P., Seoane, E., & Kochen, S. (2014). Psychiatric outcome of epilepsy surgery in patients with psychosis and temporal lobe drug-resistant epilepsy: A prospective case series. *Epilepsy and Behavior*, 37, 165–170. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.06.002>
- de Araujo Filho, G. M. (2021). Can We Anticipate and Prevent the Occurrence of Iatrogenic Psychiatric Events Caused by Anti-seizure Medications and Epilepsy Surgery? In *Current Topics in Behavioral Neurosciences* (pp. 1–25). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/7854_2021_228
- de Oliveira, G. N. M., Kummer, A., Salgado, J. V., Portela, E. J., Sousa-Pereira, S. R., David, A. S., & Teixeira, A. L. (2010). Psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy: An overview from a tertiary service in Brazil. *Seizure*, 19(8), 479–484. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2010.07.004>

- Filho, G. M. de A., Mazetto, L., Gomes, F. L., Marinho, M. M., Tavares, I. M., Caboclo, L. O. S. F., Centeno, R. S., & Yacubian, E. M. T. (2012). Pre-surgical predictors for psychiatric disorders following epilepsy surgery in patients with refractory temporal lobe epilepsy and mesial temporal sclerosis. *Epilepsy Research*, *102*(1–2), 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2012.05.005>
- Foit, N. A., Bernasconi, A., & Ladbon-Bernasconi, N. (2020). Contributions of imaging to neuromodulatory treatment of drug-refractory epilepsy. In *Brain Sciences* (Vol. 10, Issue 10, pp. 1–14). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/brainsci10100700>
- Foong, J., & Flugel, D. (2007). Psychiatric outcome of surgery for temporal lobe epilepsy and presurgical considerations. In *Epilepsy Research* (Vol. 75, Issues 2–3, pp. 84–96). <https://doi.org/10.1016/j.eplepsyres.2007.05.005>
- Helmstaedter, C. (2004). Neuropsychological aspects of epilepsy surgery. *Epilepsy and Behavior*, *5*(SUPPL. 1), 45–55. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2003.11.006>
- Kwan, P., Arzimanoglou, A., Berg, A. T., Brodie, M. J., Hauser, W. A., Mathern, G., Moshé, S. L., Perucca, E., Wiebe, S., & French, J. (2010). Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. In *Epilepsia* (Vol. 51, Issue 6, pp. 1069–1077). <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2009.02397.x>
- MacRodimitris, S., Sherman, E. M. S., Forde, S., Tellez-Zenteno, J. F., Metcalfe, A., Hernandez-Ronquillo, L., Wiebe, S., & Jetté, N. (2011). Psychiatric outcomes of epilepsy surgery: A systematic review. In *Epilepsia* (Vol. 52, Issue 5, pp. 880–890). <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2011.03014.x>
- Mehmood, S., Dale, C., Parry, M., Snead, C., & Valiante, T. A. (2017). Predictive coding: A contemporary view on the burden of normality and forced normalization in individuals undergoing epilepsy surgery. In *Epilepsy and Behavior* (Vol. 75, pp. 110–113). Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.06.042>
- Moshé, S. L., Perucca, E., Ryvlin, P., & Tomson, T. (2015). Epilepsy: New advances. In *The Lancet* (Vol. 385, Issue 9971, pp. 884–898). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60456-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60456-6)

- Nadkarni, S., Arnedo, V., & Devinsky, O. (2007). Psychosis in epilepsy patients. *Epilepsia*, 48(SUPPL. 9), 17–19. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2007.01394.x>
- Novais, F., Pestana, L. C., Loureiro, S., Andrea, M., Figueira, M. L., & Pimentel, J. (2019a). Predicting de novo psychopathology after epilepsy surgery: A 3-year cohort study. *Epilepsy and Behavior*, 90, 204–208. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.11.037>
- Novais, F., Pestana, L. C., Loureiro, S., Andrea, M., Figueira, M. L., & Pimentel, J. (2019b). Clinical determinants of psychopathological outcomes after epilepsy surgery. *Epilepsy and Behavior*, 97, 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.04.043>
- Novais, F., Pestana, L. C., Loureiro, S., Andrea, M., Figueira, M. L., & Pimentel, J. (2019c). Psychiatric disorders as predictors of epilepsy surgery outcome. *Epilepsy and Behavior*, 100. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.106513>
- Patel, S., Clancy, M., Barry, H., Quigley, N., Clarke, M., Cannon, M., Delanty, N., Murphy, K. C., & Cotter, D. (2020). Psychiatric and psychosocial morbidity 1 year after epilepsy surgery. *Irish Journal of Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.114>
- Rugg-Gunn, F., Miserocchi, A., & McEvoy, A. (2020). Epilepsy surgery. In *Practical Neurology* (Vol. 20, Issue 1, pp. 4–14). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2019-002192>
- Ryvlin, P., Cross, H., & Rheims, S. (2014). Epilepsy surgery in children and adults. *Lancet Neurology*, 13, 1114–1126. www.thelancet.com/neurology
- Salpekar, J. (2019). Psychiatric Residue of Epilepsy Surgery: De Novo or Not. *Epilepsy Currents*, 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.11.037>
- Sperli, F., Rentsch, D., Despland, P. A., Foletti, G., Jallon, P., Picard, F., Landis, T., & Seeck, M. (2009). Psychiatric comorbidity in patients evaluated for chronic epilepsy: A differential role of the right hemisphere? *European Neurology*, 61(6), 350–357. <https://doi.org/10.1159/000210547>
- Thijs, R. D., Surges, R., O'Brien, T. J., & Sander, J. W. (2019). Epilepsy in adults. In *The Lancet* (Vol. 393, Issue 10172, pp. 689–701). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32596-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32596-0)