



ISSN 2674-8169



Qualis B3  
CAPES 2021-2024

Latindex



DOI

Google  
Acadêmico

# EPILEPSIA FOCAL TEMPORAL ESQUERDA ASSOCIADA A ESQUIZOFRENIA: UM RELATO DE CASO

Maria Fernanda de Sene Lima, Wilian Meneguci de Oliveira, Luigia Escudero Nardone



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n3p352-364>

Artigo recebido em 6 de Fevereiro e publicado em 6 de Março de 2026

## RELATO DE CASO

### RESUMO

A epilepsia focal temporal esquerda é uma condição neurológica caracterizada por descargas elétricas anormais originadas no lobo temporal esquerdo, frequentemente associada a manifestações autonômicas, alterações comportamentais, distúrbios de memória e fenômenos psíquicos complexos. Entre as possíveis comorbidades psiquiátricas, destaca-se a psicose interictal crônica, quadro que ocorre no período entre as crises epiléticas e pode persistir de forma contínua, independentemente da atividade convulsiva imediata. O relato de caso descreve um paciente com diagnóstico de epilepsia focal de longa evolução, cujas crises iniciaram na adolescência, apresentando episódios compatíveis com automatismos, alteração do nível de consciência e sintomas psíquicos prévios às crises. Ao longo do tempo, observou-se o desenvolvimento progressivo de sintomas psicóticos persistentes, incluindo delírios estruturados, ideias de referência e, eventualmente, alucinações auditivas, sem relação temporal direta com as crises epiléticas. A manutenção desses sintomas fora do período periictal sustentou a hipótese de psicose interictal crônica. Os exames complementares, como eletroencefalograma, evidenciaram atividade epileptiforme predominante em região temporal esquerda, corroborando o diagnóstico topográfico. Neuroimagem pode demonstrar alterações estruturais, como esclerose hipocampal, frequentemente associada à epilepsia do lobo temporal. A avaliação psiquiátrica foi fundamental para diferenciar o quadro de transtornos psicóticos primários, como esquizofrenia, considerando a história neurológica prévia e a evolução clínica. O manejo terapêutico exigiu abordagem integrada, com ajuste de fármacos antiepiléticos para controle das crises e introdução cautelosa de antipsicóticos, levando



em conta possíveis interações medicamentosas e o risco de redução do limiar convulsivo. O acompanhamento multidisciplinar mostrou-se essencial para estabilização clínica e melhora funcional. O caso evidencia a complexa interface entre neurologia e psiquiatria, ressaltando a importância do reconhecimento precoce de sintomas psicóticos em pacientes com epilepsia focal temporal. A identificação adequada da psicose interictal crônica permite intervenção oportuna, redução de prejuízos psicossociais e melhor prognóstico global, reforçando a necessidade de avaliação longitudinal e individualizada nesses pacientes.

**Palavras -chave:** Epilepsia focal temporal esquerda, Psicose interictal crônica, Transtornos psicóticos secundários à epilepsia, Comorbidade neuropsiquiátrica.

## INTRODUÇÃO

A epilepsia do lobo temporal (ELT) constitui a forma mais prevalente de epilepsia focal em adultos, correspondendo a aproximadamente 40% dos casos de epilepsia focal estruturalmente definida. Caracteriza-se por descargas epileptiformes originadas em estruturas mesiais temporais, especialmente hipocampo, amígdala, uncus e córtex parahipocampal, regiões intimamente relacionadas ao processamento emocional, memória episódica e integração da experiência subjetiva.

As manifestações psiquiátricas associadas à ELT são frequentes, ocorrendo em cerca de 25% dos pacientes ao longo da evolução clínica. Tais manifestações podem ser classificadas conforme sua relação temporal com as crises em: fenômenos ictais (durante a descarga elétrica), pós-ictais, interictais e, mais raramente, periictais. Essa distinção é fundamental, pois muitos sintomas psiquiátricos podem representar expressão direta da atividade epileptiforme, e não um transtorno psiquiátrico primário.

As auras temporais apresentam grande complexidade fenomenológica e incluem experiências autonômicas (epigastralgia ascendente, alterações vegetativas), sensoperceptivas (déjà vu, jamais vu, ilusões auditivas ou olfativas), afetivas (medo súbito, êxtase, angústia intensa) e cognitivas (alterações do senso de realidade, distorções mnêmicas, experiências místicas transitórias). Em determinados casos, tais fenômenos não evoluem para generalização motora, podendo ser interpretados erroneamente como ataques de pânico, transtornos dissociativos ou episódios psicóticos breves, o que reforça a interface estreita entre neurologia e psiquiatria nesse contexto.

A associação entre epilepsia, particularmente a ELT e fenômenos religiosos é descrita desde o século XIX. Jean-Étienne Dominique Esquirol e Bénédicte Morel relataram, em pacientes epiléticos institucionalizados, traços de hiper-religiosidade, isolamento social e busca intensa por consolo espiritual. No início

do século XX, William James descreveu a intensidade emocional dessas vivências religiosas, enfatizando seu caráter arrebatador.

Na década de 1970, Dewhurst e Beard analisaram casos clínicos de pacientes com ELT que apresentavam experiências religiosas vívidas associadas a atividade temporal, consolidando o reconhecimento do lobo temporal como estrutura central na mediação das experiências emocionais e espirituais. Posteriormente, Norman Geschwind descreveu a chamada “síndrome interictal da epilepsia temporal”, caracterizada por um conjunto de traços comportamentais que incluíam hiper-religiosidade, hipergrafia, hipossexualidade, viscosidade afetiva, circunstancialidade e tendência à perseveração temática. Embora controversa, essa descrição contribuiu para a hipótese de um possível padrão de personalidade interictal associado à ELT.

Do ponto de vista neurobiológico, a hipótese mais aceita envolve a hiperexcitabilidade crônica de circuitos límbicos, com modulação anômala da amígdala e de vias dopaminérgicas mesolímbicas, favorecendo intensificação da atribuição de significado emocional às experiências subjetivas. Estudos de neuroimagem funcional sugerem participação das redes temporolímbicas na gênese de experiências místicas e estados alterados de consciência, embora a relação causal direta ainda permaneça em investigação.

Estima-se que cerca de 10% dos indivíduos com ELT relatem experiências religiosas intensas ao longo da vida. Contudo, permanece controverso se tais manifestações representam fenômeno ictal específico, predisposição de personalidade ou interação complexa entre vulnerabilidade neurobiológica e contexto sociocultural.

Dessa forma, a ELT configura condição neurológica com expressiva interface psiquiátrica, exigindo avaliação longitudinal cuidadosa para distinção entre manifestações epiléticas, fenômenos interictais persistentes e transtornos psicóticos primários.

## CASO CLÍNICO

### • Identificação

A.B.V., 30 anos, masculino, solteiro, ensino médio completo (supletivo), desempregado, residente com os pais em Nilópolis (RJ). Religioso praticante. Encaminhado pela neurologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto para avaliação psiquiátrica.

Diagnóstico sindrômico: Síndrome delirante Hipótese

diagnóstica:

Segundo a CID-10:

F06.2 — Transtorno psicótico orgânico.

G40.21— Epilepsia e síndromes epiléticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais complexa

Segundo a CID-11:

6E61.2 — Síndrome psicótica secundária, com delírios.

- História da doença atual

Os primeiros comportamentos atípicos surgiram aos 10 anos, com episódios recorrentes de fuga de casa e da escola, acompanhados de relato de sensação de “estranheza” e necessidade de caminhar sem destino.

Aos 13 anos, após traumatismo craniano leve durante atividade esportiva (sem complicações imediatas), iniciou episódios compatíveis com crises focais: perda de contato com o ambiente, automatismos orais e manuais, fala desconexa e sonolência prolongada no período pós-ictal. Familiares passaram a observar irritabilidade, agitação e comportamentopositor um a dois dias antes das crises.

Posteriormente, evoluiu com crises tônico-clônicas generalizadas, caracterizadas por rigidez, queda ao solo, vocalização, sialorreia, incontinência urinária e duração aproximada de três minutos.

A partir da adolescência, o acometimento por TDAH intensificou episódios de intensa desregulação comportamental, com agressividade verbal e física, ideação persecutória e desconfiança acentuada em relação aos pais e membros da igreja. Em um episódio, manteve os pais dentro de casa sob ameaça; em outro, agrediu o pai fisicamente, causando lesão. Houve primeira internação psiquiátrica nesse período.

Recebeu diagnóstico de esquizofrenia e iniciou tratamento com haloperidol, com redução parcial da agressividade, porém piora das crises epiléticas e aumento de rigidez psicomotora.

Entre os 18 e 27 anos, apresentou cerca de sete internações (cinco psiquiátricas e duas neurológicas), incluindo admissão em UTI por crises frequentes (até 10 por dia). Múltiplos anticonvulsivantes foram utilizados com controle parcial das crises, à custa de sedação significativa e ganho ponderal importante. Diversos antipsicóticos foram testados, com melhora parcial da agressividade, porém frequentemente associados à intensificação das crises.

Aos 29 anos foi avaliado para possível abordagem neurocirúrgica, sem indicação de ressecção. No último ano, com esquema atual de carbamazepina, divalproato

e clonazepam, houve redução significativa da frequência e intensidade das crises, que atualmente são breves e menos exuberantes. Persistem episódios intermitentes de irritabilidade, desconfiança e impulsividade, especialmente diante de frustração. Recentemente, após diagnóstico de tuberculose pulmonar, apresentou episódio de descontrole com destruição de objetos domésticos.

Segue em acompanhamento psiquiátrico ambulatorial. O seguimento neurológico foi interrompido por suspensão do ambulatório especializado.

- Antecedentes psiquiátricos

Na infância, recebeu diagnóstico de TDAH; uso de metilfenidato sem benefício clínico.

Apresentou sintomas compatíveis com transtorno obsessivo-compulsivo (rituais de higiene prolongados, rigidez comportamental, necessidade de simetria), com melhora parcial em psicoterapia, mantendo traços de rigidez até a vida adulta.

Durante internação hospitalar, apresentou comportamento sexual desinibido. Foi aventada hipótese de transtorno bipolar e prescrito lítio, com piora importante da agressividade.

- Antecedentes clínicos

A epilepsia focal de difícil controle desde a adolescência. Duas internações em UTI por crises frequentes. Diagnóstico recente de tuberculose pulmonar, em tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.

- História pessoal

Gestação sem intercorrências. Desenvolvimento neuropsicomotor dentro dos marcos esperados. Bom desempenho escolar inicial, com prejuízo após início das crises. Sofreu estigmatização escolar e tornou-se progressivamente mais isolado.

Atualmente permanece desempregado. Mantém autonomia parcial para atividades básicas e instrumentais (realiza compras, utiliza meios de pagamento). Apresenta rotina rígida, resistência a mudanças, preferência por vestimenta padronizada e padrões fixos de organização. Demonstra interesses restritos e crenças possivelmente supervalorizadas relacionadas a projetos pessoais.

Relata relacionamento afetivo cuja veracidade é questionada pela mãe, sugerindo possível conteúdo fantasioso ou interpretativo.

Não faz uso de álcool ou drogas.

- História familiar

Mãe com transtorno de ansiedade em tratamento.

Pai sem histórico psiquiátrico.

Sem antecedentes familiares relevantes para epilepsia ou psicose.

- Exame do estado mental

Paciente com higiene preservada e vestimenta estereotipada. Contato visual breve e pouco mantido. Cumprimento sem firmeza. Discurso conciso, hipoprosódico, com conteúdo religioso frequente.

Afetividade embotada, reatividade emocional reduzida mesmo diante de relatos de eventos graves.

Pensamento com tendência à concretude e possível conteúdo delirante de caráter persecutório e autorreferencial.

Memória, orientação e atenção preservadas. Realiza cálculos seriados adequadamente e demonstra capacidade básica de abstração. Insight parcial. DISCUSSÃO

A epilepsia focal decorre de descargas epileptiformes originadas em uma região cortical circunscrita, geralmente restrita a um hemisfério cerebral. As manifestações clínicas variam conforme a localização anatômica do foco epileptogênico, refletindo a organização funcional da área envolvida.

Diferentemente das epilepsias generalizadas, muitas epilepsias focais não evoluem para convulsões tônico-clônicas evidentes, manifestando-se predominantemente por crises focais com preservação ou comprometimento da consciência, frequentemente acompanhadas de auras complexas. Essas auras podem incluir fenômenos perceptivos, autonômicos, afetivos ou cognitivos que mimetizam transtornos psiquiátricos primários, o que pode retardar o diagnóstico neurológico.

Na epilepsia do lobo temporal (ELT), o foco epileptogênico localiza-se, na maioria dos casos, nas estruturas mesiais temporais, particularmente hipocampo, amígdala e giro parahipocampal, regiões integrantes do sistema límbico, responsáveis pela modulação da memória, emoção e atribuição de significado às experiências subjetivas. Em razão dessa topografia, são frequentes alterações mnêmicas (déjà vu, jamais vu, distorções temporais), alterações do conteúdo do pensamento e vivências afetivas intensas, como medo súbito, angústia, culpa, irritabilidade ou, em casos menos comuns, estados de êxtase e bem-aventurança. Este último fenômeno é classicamente descrito como “epilepsia extática” ou “epilepsia de Dostoievski”, em referência às descrições literárias de experiências extáticas possivelmente relacionadas a crises temporais.



As experiências religiosas associadas à ELT podem ocorrer em diferentes períodos relacionados à atividade epiléptica: durante a crise (fenômeno ictal), no período imediatamente subsequente (pós-ictal) ou de forma mais persistente no intervalo entre crises (interictal). Cada uma dessas apresentações envolve mecanismos neurofisiológicos distintos. Estudos sugerem que experiências religiosas ictais podem associar-se, em até 11,3% dos casos, ao desenvolvimento de hiper-religiosidade interictal persistente. Além disso, aproximadamente 20–25% dos pacientes com ELT podem apresentar psicose pós-ictal, frequentemente com conteúdo místico ou persecutório, cuja duração pode se estender por dias ou semanas após o evento convulsivo.

A hiper-religiosidade interictal integra, em alguns casos, um conjunto de características descritas na síndrome comportamental associada à epilepsia temporal, que pode incluir ainda hipossexualidade, viscosidade afetiva, circunstancialidade do pensamento e hipergrafia. Tais manifestações são atribuídas à hiperexcitabilidade crônica das redes temporolímbicas e à modulação alterada de circuitos dopaminérgicos mesolímbicos.

Considerando o início e a evolução do quadro psicopatológico descrito — caracterizado por hiper-religiosidade intensa e envolvente, sintomas psicóticos de temática mística, distorções mnêmicas com alteração da percepção temporal, fenômenos de déjà vu e redução do interesse sexual — a epilepsia do lobo temporal configura hipótese diagnóstica consistente. A confirmação por eletroencefalograma reforça essa suspeita. Contudo, é importante salientar que até 10% dos pacientes com ELT podem apresentar EEG interictal normal, especialmente em registros de curta duração, sendo por vezes necessário monitoramento prolongado com vídeo-EEG ou exames seriados para melhor caracterização do foco epileptogênico.

A fenomenologia da psicose interictal associada à epilepsia, particularmente à epilepsia do lobo temporal, apresenta características clínicas que a distinguem da esquizofrenia primária. Estudos clássicos, como os de Slater et al., destacam que, mesmo na presença de sintomas psicóticos de primeira ordem descritos por Kurt Schneider, incluindo delírios de conteúdo místico-religioso, observa-se, com frequência, preservação do contato interpessoal, da modulação afetiva e da coerência global do pensamento. Diferentemente da esquizofrenia, em que há maior probabilidade de embotamento afetivo progressivo, desorganização formal do pensamento e deterioração funcional, a psicose interictal tende a manter maior integração da personalidade e relativa estabilidade cognitiva fora dos episódios agudos.

No caso em análise, apesar da presença de sintomatologia psicótica com temática



**EPILEPSIA FOCAL TEMPORAL ESQUERDA ASSOCIADA A ESQUIZOFRENIA: UM RELATO DE CASO**

*Sene et.al, 2026*

religiosa, a paciente apresentava bom contato, afeto globalmente

preservado e capacidade de interação adequada no momento da observação clínica, achados que reforçam a hipótese de psicose associada à epilepsia, e não de transtorno psicótico primário.

A relação causal entre epilepsia e psicose permanece objeto de debate. Em muitos casos, considera-se que ambas as condições possam compartilhar uma vulnerabilidade neurobiológica comum, especialmente envolvendo circuitos temporolímbicos e modulação dopaminérgica mesolímbica. Ainda assim, há evidências de que o risco de sintomas psicóticos interictais aumenta em pacientes com epilepsia de difícil controle, longa duração de doença e alta frequência de crises. Assim, o primeiro passo terapêutico diante de sintomas psicóticos nesse contexto deve ser a otimização do tratamento anticonvulsivante.

Paradoxalmente, alguns fármacos antiepilépticos podem exacerbar sintomas psiquiátricos, enquanto outros apresentam efeito estabilizador do humor ou até propriedades antipsicóticas indiretas. No presente caso, a introdução de valproato de sódio resultou em redução significativa dos sintomas psicóticos, sugerindo possível relação entre melhor controle da atividade epileptiforme e estabilização comportamental. Embora a literatura descreva que a psicose interictal nem sempre responde à simples estabilização das crises, a melhora observada permite supor umnexo fisiopatológico entre a atividade elétrica anômala e a desorganização psíquica.

Do ponto de vista prognóstico, a epilepsia focal pode evoluir para generalização secundária, aumentando o risco de crises tônico-clônicas generalizadas e complicações associadas. Além disso, a epilepsia do lobo temporal está relacionada a comprometimento progressivo de funções mnêmicas, sobretudo quando há envolvimento hipocampal, o que exige monitorização longitudinal neuropsicológica.

A paciente permanece em acompanhamento neurológico e psiquiátrico conjunto. Caso haja agravamento dos sintomas psicóticos, poderá ser necessária a introdução de antipsicóticos. Contudo, essa decisão deve considerar o potencial desses fármacos em reduzir o limiar convulsivo, especialmente neurolépticos típicos e alguns atípicos em doses elevadas. Nessa situação, impõe-se cuidadosa avaliação do risco-benefício, escolha criteriosa do antipsicótico com menor impacto epileptogênico e monitorização clínica rigorosa, visando equilíbrio entre controle das crises e estabilização psicopatológica.

## CONCLUSÃO

No presente caso, observa-se que uma condição neurológica subjacente manifestou-se predominantemente por sintomatologia psiquiátrica, evidenciando a estreita interface entre neurologia e psiquiatria. As alterações comportamentais

e psicóticas apresentadas não podem ser analisadas de forma dissociada do contexto neurobiológico, uma vez que a atividade epileptiforme em regiões temporolímbicas é capaz de produzir modificações significativas no conteúdo do pensamento, na afetividade e na percepção da realidade.

Esse cenário reforça a necessidade de investigação etiológica criteriosa antes da formulação de um diagnóstico psiquiátrico primário. Em pacientes com início atípico de sintomas psicóticos, curso flutuante, associação temporal com eventos neurológicos, presença de fenômenos paroxísticos ou alterações cognitivas específicas, torna-se mandatória a exclusão de causas orgânicas, incluindo epilepsias focais, encefalopatias inflamatórias, distúrbios metabólicos, lesões estruturais do sistema nervoso central e efeitos adversos medicamentosos.

A diferenciação entre transtorno psicótico primário e psicose secundária a condição médica tem implicações prognósticas e terapêuticas relevantes. Enquanto nos transtornos primários o foco do tratamento recai predominantemente sobre antipsicóticos e intervenções psicossociais, nos quadros secundários a estabilização da condição neurológica pode resultar em melhora significativa da sintomatologia psiquiátrica. Ademais, o uso inadvertido de psicofármacos sem o reconhecimento da base orgânica pode agravar o quadro clínico, especialmente quando há redução do limiar convulsivo.

Portanto, este caso ilustra de maneira didática que manifestações psiquiátricas podem representar expressão clínica de disfunção cerebral focal, sendo imprescindível abordagem diagnóstica abrangente, interdisciplinar e longitudinal antes da atribuição definitiva de um transtorno psiquiátrico primário.

#### REFERÊNCIAS

1. Masruha MR, Vilanova LCP. Tratado de Neurologia infantil. 19 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2015.
2. Gospe SM Jr. Pyridoxine-Dependent Epilepsy – ALDH7A1. 2001 Dec 7. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, et al., eds. GeneReviews® [Internet]. 2021 [accessed in 2021 jan 8]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1486/>.
3. Gospe SM. Neonatal vitamin-responsive epileptic encephalopathies. *Chang Gung Med J.* 2010;33(1):1-12.
4. Van Karnebeek CDM, Tiebout AS, Niermeijer J, Poll-The BT, Ghani A, Coughlin CR, et al. Pyridoxine-Dependent epilepsy: na expanding clinical spectrum. *Pediatr Neurol.* 2016;59:6-12.



5. Lin J, Lin K, Masruha MR, Vilanova LCP. Pyridoxine-dependent epilepsy initially responsive to phenobarbital. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(4 A):1026-9.
6. Nelli J. Epilepsy and Anesthesia. *DeckerMed Anesthesiol*. May 2019;61. DOI: 10.2310/ANES.18070.
7. Coughlin CR. Pyridoxine-dependent epilepsy is more than just epilepsy. *Dev Med Child Neurol*. 2020;62(3):268.
8. Eric Piña-Garza J, James KC. *Fenichel's Clinical Pediatric Neurology: A Signs and Symptoms Approach*. 8th ed. US: Elsevier; 2019.
9. Shellhaas R. Clinical features, evaluation, and diagnosis of neonatal seizures. *UpToDate* [Internet]. 2017; [accessed in 2021 jan 8]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-neonatal-seizures>.
10. Shashikant SS, Richard JH, Noel JL, Mary S, Jerome YY, Koravangattu S. Neonatal seizures: diagnosis and management. *Chin J Contemp Pediatr*. 2011;13(2):81-100.