



AMNESIA DISOCIATIVA VERSUS AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

Covadonga Huergo Lora

Sergio Ocio León

Mario Javier Fernández González

Jaime Ramón López Fernández

Laura Lago García

Dumpy1981@hotmail.com

Tensión, disociación, selectiva

RESUMEN

Paciente de 60 años, casada, una hija independizada e hijo que reside con sus padres.

NRAM. Migraña con aura a tratamiento si precisa con almotriptán, divertículos en colon. Hipercolesterolemia a tratamiento con sinvastatina 20 mg. Antecedentes de traumatismo craneoencefálico en la infancia, enfisema facial postintervención hace 4 años.

IQ: legrado.

No hábitos tóxicos.

Antecedentes de consulta en CSM Mieres en el año 2016 debido a trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo y trastorno de ansiedad generalizada a tratamiento con alprazolam 1 mg/8 horas y venlafaxina 75 mg retard.

Se describe 3 episodios en diferentes años donde la paciente acude al Servicio de Urgencias por pérdida de memoria selectiva acompañado de notable angustia siendo diagnosticada tras seguimiento tanto por Servicio de Neurología y de Psiquiatría por amnesia disociativa. Se hace diagnóstico diferencial con amnesia global transitoria.

DESARROLLO DEL CASO

En este caso, se describe a una mujer de 60 años, casada, una hija independizada e hijo que reside con sus padres.

NRAM. Migraña con aura a tratamiento si precisa con almotriptán, divertículos en colon. Hipercolesterolemia a tratamiento con sinvastatina 20 mg. Antecedentes de traumatismo craneoencefálico en la infancia, enfisema facial postintervención hace 4 años.

IQ: legrado.

No hábitos tóxicos.

AMNESIA DISOCIATIVA VERSUS AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

En mayo de 2016, acude al Servicio de Urgencias con su familia por alteración en una parte de la memoria y lenguaje reiterativo. Como factores estresantes se encuentra que recientemente tiene a su cuidado a su madre afecta de deterioro cognitivo y hermana padece proceso neoplásico. Refieren que hace años (sin matizar) ocurrió un episodio similar coincidiendo con otra dificultad vital (accidente cerebro vascular de un hermano).

TAC craneal: no signos de patología aguda. Neumoencéfalo a nivel parasagital derecho, adyacente al tronco del cuerpo caloso y a nivel del fórnix. Prominencia de surcos frontales para la edad de la paciente.

Tras unas horas en observación, cede el episodio recuperando la normalidad y es derivada para valoración al Servicio de Neurología y Psiquiatría siendo diagnosticada de amnesia global transitoria versus amnesia disociativa.

Neurología completa estudios: EEG dentro de la normalidad, doppler troncos supraaórticos normal.

RMN craneal: lesiones en sustancia blanca de predominio frontal de probable origen vascular de pequeño vaso por lo que pautan ácido acetilsalicílico.

Holter normal.

Lo etiquetan como 2 Episodios de amnesia global transitoria
Migrañas episódicas
Lesiones en sustancia blanca frontal de posible naturaleza isquémica Vs inespecíficas de migraña.

Valorada en CSM Mieres en el año 2016 tras la derivación desde Servicio de Urgencias del hospital siendo diagnosticada de posible amnesia disociativa, trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo y trastorno de ansiedad generalizada a tratamiento con alprazolam 1 mg/8 horas y venlafaxina 75 mg retard.

En noviembre de 2018, acude de nuevo al Servicio de Urgencias por alteración conductual en domicilio. Allí se encontraba muy inquieta, tensa, refiriendo pérdida parcial de memoria e inculpando a la familia de ocultarle información. Como desencadenante, refieren fuerte discusión con un familiar.

Tras descartar patología aguda, se pauta una ampolla IM de haloperidol y una ampolla IM de diazepam y se mantiene en observación. Tras 4 horas aproximadamente, la paciente recupera la información olvidada (reactiva a la discusión con el familiar), no presentando mayor problema psicopatológico.

AMNESIA DISOCIATIVA VERSUS AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

En la cita de seguimiento posterior, permanece estable y se pauta como tratamiento lorazepam 1 mg si ansiedad y/o insomnio.

La disociación es un mecanismo de defensa inconsciente que incluye la segregación de cualquier grupo de procesos mentales o comportamentales del resto de las actividades psíquicas de la persona, de manera que existe una interrupción en una o varias de las funciones mentales, como puede ser la memoria, la identidad, la percepción, la conciencia o la conducta motora. El trastorno puede mostrar una aparición súbita o gradual, ser transitorio o crónico y los signos y síntomas suelen aparecer como resultado de traumas psicológicos.

En muchos de los casos, el entorno psicosocial a partir del cual se desarrolla, es enormemente conflictivo y hace que el paciente experimente sentimientos intolerables de vergüenza, culpa, rabia y desesperación. Normalmente, estos sentimientos son el resultado de conflictos con ansias o impulsos inaceptables, como pueden ser intensas compulsiones sexuales, suicidas o violentas. También experiencias traumáticas como el abuso sexual o físico puede provocar el trastorno.

En el caso de la amnesia disociativa, la característica esencial es la incapacidad para recordar información personal importante, por lo general de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario. Es importante tener claro que No es el resultado de los efectos de una enfermedad somática o relacionada con el consumo de sustancias o medicamentos siendo básico hacer un correcto despistaje.

Dentro de los tipos de amnesia, puede ser:

- Localizada: incapacidad para recordar acontecimientos relativos a un período de tiempo circunscrito.
- Selectiva: capacidad para recordar algunos, pero no todos los acontecimientos relativos a un período de tiempo circunscrito.
- Generalizada: incapacidad para recordar toda la vida del propio individuo.
- Continua: incapacidad para recordar acontecimientos sucesivos a medida que acontecen.
- Sistematizada: amnesia para determinadas categorías de memoria, como, por ejemplo, todos los recuerdos relativos a la propia familia o a una persona en concreto.

AMNESIA DISOCIATIVA VERSUS AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

Tiene una prevalencia entre 2% al 6% de la población general. No se han observado diferencias en cuanto a la incidencia entre varones y mujeres. Suelen presentarse en etapas avanzadas de la adolescencia y durante la vida adulta.

En su presentación habitual, es una alteración clínica manifiesta, completa y dramática, que con frecuencia da lugar a que el paciente acuda a los servicios médicos, en concreto por los síntomas relacionados con el trastorno disociativo. Suele ser frecuente en los individuos que han experimentado traumas agudos extremos. También es habitual que se desarrolle en el contexto de un conflicto intrapsíquico profundo o de estrés emocional.

Dentro del diagnóstico diferencial, en primer lugar hay que descartar patología orgánica causante del cuadro como en el caso de la demencia, delirium. También diferenciarlo del olvido ordinario y amnesia no patológica, amnesia traumática, trastorno de identidad disociativo, trastorno de estrés tanto agudo como postraumático o trastorno de síntomas somáticos, simulación y trastorno facticio.

Se hace especial mención al diagnóstico diferencial por amnesia global transitoria: Puede confundirse sobre todo, si se tiene en cuenta que ambos trastornos pueden ir precedidos por acontecimientos vitales traumáticos. En el caso de la amnesia global transitoria, se da un inicio súbito de una amnesia anterógrada completa y un deterioro de las capacidades de aprendizaje, una amnesia retrógrada pronunciada, conservación de la memoria en lo que se refiere a la identidad personal, la conciencia angustiada de haber perdido la memoria con interrogación repetitiva (y a menudo perseverante), una conducta general normal, ausencia de grandes alteraciones neurológicas en la mayoría de los casos, así como una recuperación rápida de la función cognitiva habitual. Normalmente la edad es mayor de 50 años de edad y presenta factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, aunque en algunos casos se ha propuesto la epilepsia y la migraña como factores etiológicos.

En cuanto a la evolución clínica, en la amnesia disociativa aguda, a menudo se soluciona espontáneamente una vez que se aparta al individuo de las circunstancias traumáticas o abrumadoras. En el extremo opuesto, algunos pacientes desarrollan formas crónicas graves de amnesia generalizada, continua o localizada, que les provocan una discapacidad profunda con grado elevado de apoyo social precisando ingreso en un centro residencial o la ayuda intensiva por parte de la familia.

Dentro del tratamiento, la terapia cognitiva podría aportar beneficios específicos a los individuos con trastornos relacionados con traumas ya que la identificación de distorsiones cognitivas específicas basadas en el trauma, puede proporcionar una vía de entrada al recuerdo autobiográfico y a menudo que el paciente es capaz de corregir las distorsiones

AMNESIA DISOCIATIVA VERSUS AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA

cognitivas, puede aparecer un recuerdo más detallado de los sucesos traumáticos. La hipnosis puede contener, modular y determinar la intensidad de los síntomas para facilitar el recuerdo controlado de los recuerdos disociados, proporcionar apoyo y fortalecimiento del yo del paciente y para fomentar la elaboración y la integración del material disociado. Además, el paciente puede aprender autohipnosis para aplicar técnicas de contención y tranquilización en su vida cotidiana. Es de utilidad y con muy buenos resultados en uso de neuroléptico tanto típicos (como el haloperidol) como atípicos (ejemplo risperidona, quetiapina) con benzodiacepinas. Psicoterapia de grupo donde los pacientes pueden recuperar recuerdos ocultos por la amnesia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo J, Pintor L. Histeria. En: Julio Vallejo Ruiloba. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015. P. 12424-13683.
2. Trastornos disociativos. En: Benjamin J. Sadock, Ruiz Pedro, Virginia A. Sadock editores Kaplan & Sadok .Sinopsis de Psiquiatría. 11ª Edición. Wolters Kluwer–Lippincott Williams & Wilkins. 2015. p. 22478-23135.