



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

AMNESIA DISOCIATIVA versus EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sheila Cruz Bailén, Luis Soldado Rodríguez, Gracia María Martínez Ruiz

sheilacruz@hotmail.com

disociativo, psicosis

RESUMEN

Los síntomas mentales relacionados con alteraciones memoria suelen tener un manejo complejo en la práctica diaria, no obstante, un mayor detenimiento en estas nociones puede ayudar a decantarnos hacia un diagnóstico diferencial.

Presentamos el caso de una mujer de 32 años en seguimiento en Salud Mental con un diagnóstico que impresionaba de amnesia disociativa. En la entrevista reconocía aumento de la ansiedad y sensación de malestar que no había sentido previamente.

EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la exploración destacaba una amnesia retrógrada focal y un discurso circunstancial acompañado de asociaciones laxas. Nos relataba sensación de irrealidad, decía sentirse dentro de una película. También nos trasladó la duda de si sus pensamientos podrían escucharse, aunque lo criticaba. El ánimo era hipotímico, impresionándonos un contacto embotado y ansiedad flotante.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

Nos planteamos varias opciones diagnósticas entre las que destacaron: continuar la línea del episodio disociativo o interpretar los síntomas descritos como las fases iniciales de un episodio psicótico.

Con el consentimiento de la paciente, se inició un antipsicótico atípico a dosis bajas durante varias semanas y aumentamos la dosis ansiolítica basal. Asimismo, se derivó al Programa de Primeros Episodios Psicóticos con evolución favorable.

AMNESIA DISOCIATIVA versus EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estos fenómenos son difíciles de describir para el paciente y es frecuente que haya casos en los que la clínica se solape. En conclusión, ambas experiencias convergen en la angustia que supone para la persona y en la importancia del seguimiento estrecho de pacientes con posible diagnóstico grave

INTRODUCCIÓN

Los síntomas mentales relacionados con alteraciones memoria suelen tener un manejo complejo en la práctica diaria, no obstante, un mayor detenimiento en estas nociones puede ayudar a decantarnos hacia un diagnóstico diferencial.

La amnesia retrógrada focal disociativa es un tipo de alteración significativa de la memoria que consiste en un trastorno que cursa con amnesia retrógrada para eventos autobiográficos sin haber amnesia anterógrada demostrable. Normalmente las pruebas de imagen son normales y el supuesto es que la amnesia se debe a factores estresantes psicológicos que el paciente trata de resolver a través de la amnesia, mediante procesos inconscientes.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso de una mujer de 32 años en seguimiento en Salud Mental con un diagnóstico que impresionaba de amnesia disociativa.

La paciente había tenido seguimiento previo en Salud Mental años antes por trastorno relacionado con ansiedad y depresión, finalmente tuvo alta por mejoría sin haberse descrito en ningún momento sintomatología disociativa. Tras un tiempo estabilizada fue derivada por presentar nuevos síntomas, que en un principio se identificaron como una posible amnesia disociativa en estudio. La impresión diagnóstica inicial fue dando lugar a otras posibilidades tras varias entrevistas.

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acudió derivada a la consulta de forma urgente por su médico de Atención Primaria refiriendo aumento de ansiedad basal e inquietud, estos síntomas no mejoraban con el tratamiento pautado hasta el momento actual y no podía esperar hasta su cita de revisión para ser evaluada.

AMNESIA DISOCIATIVA versus EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

ANTECEDENTES PERSONALES

En primer lugar, no presentaba alergias medicamentosas.

La paciente tenía varias patologías orgánicas entre las que destacaban: hipertensión arterial, alergia estacional y quiste ovárico. No había sido intervenida quirúrgicamente en ninguna ocasión.

Entre sus antecedentes psiquiátricos destacaba un seguimiento previo dos años antes en una Unidad de Salud Mental de referencia con diagnóstico de síndrome ansioso depresivo que precisó varias sesiones de terapia con los psicólogos clínicos, así como tratamiento psicofarmacológico con benzodiazepinas y antidepresivo serotoninérgico. Estuvo acudiendo durante un año a la consulta y tras ello se le dio el alta por mejoría.

En la primera entrevista, con nosotros, tratamos de recabar información actualizada. Refería la paciente que no consumía ningún tipo de tóxico, no había tenido ingresos previos en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental, tampoco había tenido antecedentes de conductas autolíticas y a nivel farmacológico mantenía un comprimido de benzodiazepina en la noche. Su médico de atención primaria había aumentado la dosis de fármaco duplicando la dosis y aumentando su frecuencia a tres veces al día.

En cuanto a los antecedentes biográficos, nuestra paciente era madre de un niño de 2 años con el que convivía. También convivía con su pareja con el que mantenía una buena relación. Expresaba conflicto relacional con su madre y sugería cierta conflictividad intrafamiliar de varios años de evolución. Desde hacía un tiempo se dedicaba a dar clases particulares a niños de primaria, anteriormente había trabajado en algunos colegios de la zona.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Su madre padecía EPOC y su padre Insuficiencia Cardíaca, no había antecedentes de Salud Mental.

ENFERMEDAD ACTUAL

En la primera entrevista con nosotros, la paciente acudió sola, reconocía aumento de la ansiedad y sensación de malestar que no había sentido previamente. Nos relataba que en ocasiones tenía unos episodios de pérdida de memoria que no sabía describir exactamente, le ocurría con frecuencia desde hacía dos semanas y ésta iba aumentando en los últimos tres días. Estos episodios eran olvidos de momentos que aproximadamente duraban varios minutos, lo sabía porque su familia se lo contaba después, y no había ningún contenido concreto que los provocara.

AMNESIA DISOCIATIVA versus EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Le había afectado hasta el nivel que precisó solicitar una baja laboral para quedarse en casa por miedo a tener olvidos con sus alumnos. No relataba ningún estresor al que atribuir estos síntomas, ni tampoco ningún evento que hubiera podido originar ese cuadro (le preguntamos por traumatismo craneoencefálico, entre otros). Su principal queja era estos episodios de pérdida de memoria. Además, nos refería que desde que tenía estos episodios miraba alrededor como si estuviera viendo una película, esa sensación sólo la tenía con el exterior, no consigo misma.

Nos indicaba que su marido estaba preocupado por ella y le insistió en que consultara con nosotros tras ver que no había mejorado con la subida de ansiolítico.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Presentaba buen estado general, estaba consciente y orientada. Se encontraba normohidratada y normoperfundida, estando eupneica en reposo y sin ictericia. No tenía fiebre en el momento del encuentro ni refería haberla presentado en casa.

Respecto a la exploración neurológica, no encontramos focalidad. Mantenía buen nivel de conciencia con Glasgow de 15, no había alteraciones en la campimetría, mantenía las pupilas isocóricas y normorreactivas con la movilidad ocular extrínseca conservada. Tampoco presentaba alteraciones a nivel de fuerza o de sensibilidad tactoalgésica y los pares craneales eran normales. No había signos meníngeos, así como tampoco alteraciones en la marcha ni alteraciones en las pruebas dedo-nariz.

EXPLORACIÓN FUNCIONES PSÍQUICAS

La paciente se encontraba consciente, orientada, abordable y colaboradora. En cuanto a la memoria destacaba una amnesia retrógrada focal e inatención. Además, se apreciaba de un discurso circunstancial acompañado de asociaciones laxas. También observamos una inquietud psicomotriz destacable que se manifestaba en miembros superiores e inferiores. El ánimo era hipotímico, impresionándonos un contacto embotado y ansiedad flotante que ella atribuía al episodio de amnesia y que la limitaba de forma importante para realizar su actividad diaria. Tuvo bloqueos de pensamiento en algunos momentos de la entrevista. Nos relataba sensación de irrealidad, decía sentirse dentro de una película y también nos trasladó la duda de si sus pensamientos podrían escucharse, realizaba una crítica parcial de esto último, pero sospechábamos tendencia a la minimización y ocultación de síntomas. En aquel momento estas sensaciones no estaban provocando resonancia conductual, pero sí afectiva. No verbalizaba alteraciones sensorceptivas y los rasgos de personalidad impresionaban de tintes paranoides.

AMNESIA DISOCIATIVA versus EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Los ritmos biológicos estaban alterados, presentaba insomnio mixto llegando a dormir 3 horas al día, así como falta de apetito. Tampoco presentaba ideación autolítica ni intencionalidad.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Se solicitó analítica general con hemograma, coagulación, bioquímica general incluyendo perfil tiroideo, perfil del hierro y proteína c reactiva, así como tóxicos en orina. Todos estos parámetros estaban dentro de la normalidad.

Se solicitó TAC craneal en el que no se encontraron hallazgos patológicos.

Fue valorada por Neurología por los episodios amnésicos y se descartó cualquier posible etiología neurológica del cuadro, entre otras, episodio epiléptico.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Según los datos que fuimos recabando, nos planteamos varias opciones diagnósticas entre las que destacaron: continuar la línea del episodio disociativo o interpretar los síntomas descritos como las fases iniciales de un episodio psicótico.

La opción del episodio disociativo era sustentada por la descripción que realizaba la paciente, olvidos de esas características de forma típica no serían olvidados, y porque los síntomas provocaban fuerte malestar llegando a deteriorar el funcionamiento. Además se descartó la presencia de traumatismo craneoencefálico, crisis convulsivas parciales complejas y consumo de tóxicos.

La opción del episodio psicótico se basaba en la clínica relatada compatible con sintomatología psicótica, sobre todo, las asociaciones laxas y el, aunque en grado leve, fenómeno de difusión del pensamiento. Además, en los rasgos de personalidad, el contacto embotado, la inquietud y la inatención.

Otra de las opciones que barajamos en menor medida fue la posibilidad de un cuadro afectivo en el que concurría la despersonalización.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

El diagnóstico definitivo en base a los datos de que disponíamos en aquel momento fue el de episodio psicótico. Nos basamos en que los síntomas descritos podríamos interpretarlos como un inicio de pérdida de los límites del self, preludio de un episodio de este tipo. Apoyaba el diagnóstico, además de lo relatado hasta ahora, una angustia que por sus características y síntomas acompañantes podría ser compatible con angustia psicótica.

AMNESIA DISOCIATIVA versus EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

Con el consentimiento de la paciente y tras explicar posibles efectos secundarios y riesgos del tratamiento pautado que entendía y aceptaba, se inició un antipsicótico atípico a dosis bajas durante varias semanas; también aumentamos la dosis ansiolítica basal.

Asimismo, se derivó al Programa de Primeros Episodios Psicóticos (PEP) para valoración por su parte.

EVOLUCIÓN

Tras varias semanas y entrevistas específicas en el PEP, apoyaron el diagnóstico de episodio psicótico. Se pasaron varias escalas, entre ellas la PANSS, para evaluar el punto de partida y los avances.

La medicación no produjo efectos secundarios notorios y mejoró en un período de 6 semanas parte de la sintomatología descrita, persistió durante algunas semanas más el contacto embotado y la inatención. Precisó aumento de la dosis antipsicótica duplicándola.

La paciente valoró muy positivamente tras seis meses de seguimiento la vuelta casi total a la funcionalidad, pudiendo reincorporarse a su trabajo y mejorando la puntuación en la escala PANSS. Actualmente continúa el seguimiento en PEP.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA

Se han desarrollado diversos estudios para comprobar la efectividad de programas como el PEP, entre ellos destacamos un estudio multicéntrico que comenzó en 2009 y ha estado recogiendo datos durante 10 años. Se realizó una evaluación longitudinal-prospectiva con seguimiento a 2 años en una muestra de 335 primeros episodios psicóticos de entre 7 y 35 años, cuya duración sintomática no superara el año y 253 individuos sanos con el mismo perfil sociodemográfico. Entre los resultados más destacables encontramos: identificación de polimorfismos genéticos específicos, que parecen ser más sensibles al efecto sinérgico de los factores ambientales, lo que conduce a fenotipos de vulnerabilidad, también el uso clínico de la genotipificación CYP2D6 en el camino de una medicina personalizada o incluso respecto a los fármacos se encontraron asociaciones significativas entre la carga dopaminérgica y peores rendimientos cognitivos en las funciones cognitivas de velocidad del procesamiento, memoria verbal y la cognición global. El análisis de todos los datos recogidos permitirá ayudar a definir intervenciones precoces enfocadas a la prevención de segundos episodios.

AMNESIA DISOCIATIVA versus EPISODIO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Los fenómenos que hemos descrito en este caso clínico son difíciles de describir para el paciente y es frecuente que haya casos en los que la clínica se solape. En conclusión, ambas experiencias convergen en la angustia que supone para la persona y en la importancia del seguimiento estrecho de pacientes con posible diagnóstico grave para iniciar un plan terapéutico adecuado y acortar el tiempo de sintomatología activa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oyebode, F. Sims Síntomas Mentales 6ªedición. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 57-67.
2. Vallejo, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría 8ªedición. Barcelona: Elsevier; 2015. e43
3. Bernardo, M. et. al. Una década del proyecto de primeros episodios psicóticos (PEPs): avanzando hacia una psiquiatría de precisión Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2019 Julio. 12;347(3):135-150.