

# DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Elena Fashho Rodríguez

U.G.C. Salud Mental Área Hospitalaria Virgen Macarena



## Antecedentes personales:

- \*Mujer de 65 años.
- \*AP psiquiátricos desde los 17 años, con OD T. Esquizoafectivo.
- \*Ha recibido radioterapia por cáncer de endometrio tras histerectomía hace 5 meses.

Ingresa en Unidad de Hospitalización por presentar episodio maniaco que no responde a tratamiento ambulatorio

Durante su estancia en la Unidad, se objetivan episodios confusionales autolimitados, así como episodios de desorientación témporoespacial, falsos reconocimientos, moria.

En la historia clínica, se pone de manifiesto desde hace varios meses, episodios de desorientación, conductas inadecuadas, labilidad afectiva, síntomas autorreferenciales, así como pérdida de autonomía personal y apraxia.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- \*Test del reloj: 3/7.
- \*Minimental test: orientación 8/19, atención 2/3, cálculo 4/5, memoria 7/9, total 23/30.
- \*TAC craneal: ligera atrofia cortical.
- \*RMN craneal: no se aprecian LOEs sugestivas de metástasis pero sí una atrofia cortical de predominio bifrontal.
- \*SPECT cerebral: muestra hipocaptación en corteza frontal siendo de grado más severo en cortes superiores e hipocaptación leve en temporales inferoposterior (más en lado derecho) así como hipocaptación en estriado izquierdo.
- \*EEG: actividad bioeléctrica de base, inestable y débilmente sincronizada, constituida a nivel de regiones temporo-parietales y frecuencia en rango beta sobre los cuadrantes anteriores sin cambio en el trazado con hiperventilación ni fotoestimulación ni otras anomalías; se concluye actividad fundamental de vigilia inestable y débilmente sincronizada traduciendo excesiva tensión emocional.

### DETERIORO COGNITIVO LEVE

- \*El deterioro cognitivo sigue una trayectoria durante el curso de la esquizofrenia que es diferente de la de los síntomas psicóticos y que puede contribuir a un desenlace funcional deficiente en pacientes de edad avanzada.
- \*Riesgo aumentado de desarrollar una demencia, por lo que se debe vigilar la evolución clínica cada 6-12 meses.

### METÁSTASIS CEREBRALES

En el cáncer de útero las metástasis en el sistema nervioso central son extremadamente raras, generalmente en las últimas fases del curso de la enfermedad y con un pobre pronóstico.

### DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

Enfermedad neurodegenerativa caracterizada por un cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento, y/o una alteración temprana del lenguaje, en la que la memoria y las capacidades visuoespaciales están relativamente preservadas en los estadios iniciales, por lo que es difícil el diagnóstico diferencial:

- \*En la DFT siempre se hallan cambios emocionales y en el comportamiento. En las primeras fases, suelen ser no específicos y difíciles de reconocer. Se suelen confundir, con episodios depresivos, maníacos o hipomaníacos.
- \*En la fase inicial la alteración de conducta y de personalidad suelen prevalecer sobre los déficits cognitivos.
- \*La exploración neurológica convencional es normal por lo que necesitamos de otras pruebas complementarias como la RNM y la exploración neuropsicológica.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### SÍNDROME CONFUSIONAL

- \*Puede desenmascarar una alteración cognitiva previa.
- \*Lo descartamos por la falta de alteraciones de conciencia en el domicilio y por la duración del mismo, aunque sí se reconocen algunos episodios confusionales.

### TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Con frecuencia la depresión es un síntoma de aparición precoz en la demencia, por lo que se debe investigar la coexistencia de ambas. Cuando el inicio de los síntomas depresivos precede o coincide con la aparición de síntomas cognitivos y ambos se resuelven con tratamiento antidepressivo, hasta el 50% de los pacientes desarrollarán deterioro cognitivo leve o demencia en los años siguientes. Los pacientes con deterioro cognitivo leve que presentan episodios depresivos pueden tener mayor riesgo de desarrollar EA.

## DISCUSIÓN

Los lóbulos frontales son el asiento anatomofisiológico de procesos cognitivos altamente especializados en la especie humana, llevados a cabo por una red de circuitos córtico-corticales y fronto-subcorticales. En realidad, no existe un único síndrome frontal, si no que de acuerdo con las subdivisiones neurofuncionales del lóbulo frontal, resulta más apropiado hablar de síndromes frontales dorso-laterales, orbito-frontales, etc.

El deterioro cognitivo es una característica fundamental y bien documentada en la esquizofrenia. Dados los efectos biológicos del envejecimiento sobre el cerebro, es importante tener en cuenta las manifestaciones cognitivas de la esquizofrenia en el contexto del envejecimiento. Algunas de las cuestiones significativas son la evolución natural de la disfunción cognitiva durante toda la vida, su progresión a la demencia y la relación temporal entre la psicosis y los déficits cognitivos.

Para el diagnóstico de una demencia, las guías de práctica clínica recomiendan:

- \*Neuroimagen estructural (TAC y RMN).
- \*Neuroimagen funcional (SPECT y PET) para diferenciar entre varios tipos de demencia.
- \*Electroencefalograma para diferenciar de delirium, crisis epilépticas, etc.
- \*Análisis del líquido cefalorraquídeo: sólo en el caso de sospecha de demencia secundaria a un proceso infeccioso o encefalítico.

## CONCLUSIÓN

Las técnicas de imagen moleculares han aportado gran cantidad de claves en la fisiopatología y el tratamiento de los trastornos del sistema nervioso central como la esquizofrenia, la enfermedad de Parkinson, la depresión y la demencia.