



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

ALCOHOL E ICTUS: UN VÍNCULO PELIGROSO

Reyes Vázquez Estévez, Lorena Morillo Blanco, María García Navarro y Juan José Molina Castillo.

reyesvzev@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome caracterizado por un deterioro adquirido, habitualmente progresivo y persistente de la función cognitiva con repercusión en las actividades de la vida diaria del individuo. Los dos tipos más prevalentes de demencia son, por orden de frecuencia, la enfermedad de Alzheimer (EA) y la demencia vascular (DV). El consumo alcohólico concomitante en un caso de demencia de origen vascular actúa como sustrato en la progresión del deterioro, pues en sí mismo produce cambios anatómicos cerebrales que inducen alteraciones en el comportamiento (ej. Síndrome de Wernicke-Korsakoff), además de actuar como favorecedor de patología cerebrovascular (trastornos de coagulación, trombocitopenia...). Por ello es importante destacar la contribución del consumo crónico de alcohol en la aparición de eventos cerebrovasculares, tanto por el efecto de la sustancia como por las complicaciones derivadas.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Motivo de consulta

Alteración en la conducta.

A. Personales

Gastritis crónica, dislipemia y déficit de vitamina B12 en tratamiento. Infartos lacunares. En seguimiento por neurología por síndrome rígido-acinético. Como antecedentes psiquiátricos destaca un trastorno depresivo en tratamiento hace 5 años en seguimiento y tratamiento psicofarmacológico con paroxetina 30 mg y mirtazapina 30 mg al día.

A. Familiares

No refiere.

Enfermedad actual

Mujer de 52 años con los antecedentes previos, que es traída por sus familiares tras presentar cuadro de trastorno del comportamiento de 2 meses de evolución, consistente en conductas

ALCOHOL E ICTUS: UN VÍNCULO PELIGROSO

inapropiadas en la vestimenta, labilidad emocional, discurso incoherente e inquietud psicomotriz. Presenta desorientación temporo-espacial en el contexto de una posible recaída en el consumo de alcohol. Refieren un empeoramiento anímico tras el divorcio de su marido.

Es ingresada en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría con orientación diagnóstica de deterioro cognitivo mixto secundario a alcoholismo crónico y vascular.

Exploración física

Aspecto descuidado, desaseada, desorientada parcialmente en tiempo y espacio. Signos de desnutrición leves.

Exploración neurológica: destaca un habla disártrica. Ligera ataxia. Reflejos conservados. No existe alteración motora ni sensitiva.

Exploración funciones psíquicas

Poco abordable. Dificultad de realizarla debido al deterioro cognitivo. Déficit amnésico en memoria reciente, con nivel de atención disminuido. Lenguaje disártrico, poco fluido y disminuido en tasa y tono. Latencia de respuesta. Hipotimia con llanto presente. Apatía. Abandono de autocuidados. Ansiedad mixta flotante y labilidad emocional. Inquietud interior.

Aspecto pueril. No ideas delirante ni alteraciones en la sensopercepción. Inversión del ritmo sueño vigilia.

INFORME DE LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

TAC craneal: pequeñas lesiones hipodensas cápsulo-ganglionares bilaterales en relación con infartos lacunares crónicos. Hipodensidades periventriculares confluentes de probable naturaleza isquémica crónica por leucoaraiosis periventricular.

- Analítica general: sin hallazgos significativos.
- Mantoux negativo
- Peso: 36.7 kg; altura 151 cm; IMC 16.1

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En base a los antecedentes personales de hábito enólico de prolongada duración, junto con las pruebas de imagen y laboratorio, establecemos los principales diagnósticos diferenciales:

- Demencia 2ª a alcoholismo
- Demencia vascular
- T.Depresivo recurrente

ALCOHOL E ICTUS: UN VÍNCULO PELIGROSO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Deterioro cognitivo mixto, secundario a alcoholismo y vascular (GDS 3-4)

TRATAMIENTO Y TERAPIAS APLICADAS

Durante su ingreso se ajusta el tratamiento farmacológico, centrado en tratamiento antidepresivo y medicación orientada a la desintoxicación y encaminada a evitar los síntomas de abstinencia alcohólica. El tratamiento es principalmente con benzodiazepinas, vitaminas del grupo B y antidepresivos.

Se establece un trabajo motivacional ajustado al nivel de comprensión y deterioro cognitivo de la paciente. Se mantienen citas con sus familiares de cara a informar sobre las complicaciones del consumo de alcohol, ajustar las expectativas y mantenimiento de la deshabitación al alta.

EVOLUCIÓN

Durante su estancia en la Unidad presenta una evolución tórpida. Manifiesta ánimo depresivo, labilidad emocional, tendencia al llanto y deterioro de las funciones cognitivas secundario al alcoholismo y el deterioro a nivel vascular. Alteración en la memoria y atención. Dificultades para mantener la atención. Incapacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Se plantea ingreso en la Unidad de Deshabitación de alcohol, siendo rechazado por el deterioro cognitivo de la paciente y la imposibilidad de abordaje psicoterapéutico en dicha Unidad. Tras un ingreso prolongado en Psiquiatría y la persistencia del deterioro cognitivo y físico, así como la incapacidad para mantener un nivel mínimo de actividades básicas de la vida diaria y carecer de soporte familiar, se decide traslado a un centro residencial sanitario para continuar con el proceso de recuperación física.

Actualización sobre el tema, terapias aplicadas, breve explicación sobre la evidencia científica actual sobre el tema tratado en el caso:

La demencia frontotemporal se define como una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por un cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento, y/o una alteración temprana y progresiva del lenguaje. En los estadios iniciales se conserva la memoria y las capacidades visuoespaciales.

Muchos autores coinciden en señalar que un 10% de los casos de demencia degenerativa primaria corresponden a DFT. Es la causa más frecuente de demencia en menores de 65 años. En este tipo de demencia destaca un trastorno de conducta grave. Son frecuentes las alteraciones de los hábitos relacionados con la ingesta, el consumo de tabaco y alcohol así como

ALCOHOL E ICTUS: UN VÍNCULO PELIGROSO

la exploración oral de objetos no comestibles. En los estadios precoces, la exploración neurológica es normal y la capacidad cognitiva puede estar conservada. Los test neuropsicológicos (minimental) pueden ser normales. Las alteraciones emocionales suelen observarse, siendo a veces difícil distinguir de los estadios depresivos o hipomaníacos. Por tanto, destacamos la necesidad de realizar una exploración neuropsicológica integral que incluya de forma especial funciones frontales ⁽¹⁾.

En cuanto a la demencia vascular, es definida como la pérdida de funciones cognitivas en un grado que interfiere en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), causada por enfermedad cerebrovascular hemorrágica o isquémica o secundarias a alteraciones circulatorias o cardiovasculares que dañan áreas cerebrales implicadas en la memoria, la cognición y el comportamiento. Existe cada vez más consenso con relación a la mayor importancia de lesiones de pequeño vaso en el campo de deterioro cognitivo vascular ⁽²⁾. Entre los factores de riesgo de demencia vascular destacan diferentes factores y se incluyen la HTA, la dislipemia y diabetes, isquemia cerebral previa y entre los hábitos de vida lo favorecen el alcoholismo y tabaquismo, además de obesidad ⁽³⁾.

El mejor tratamiento en la demencia sería el preventivo, con el control de los factores de riesgo cardiovascular ⁽³⁾.

La paciente del caso expuesto presenta alteraciones a nivel cognitivo y del comportamiento, así como en las pruebas de neuroimagen. Las alteraciones conductuales y los antecedentes de infartos lacunares crónicos, nos inclinan hacia una demencia de posible etiología vascular. Sin embargo, la atrofia cortical desproporcionada a la edad junto a las alteraciones graves de la conducta, podría encaminarnos hacia la existencia de una demencia primaria degenerativa frontotemporal de aparición temprana.

Por otro lado, en nuestro caso encontramos un patrón de abuso crónico de alcohol. El consumo continuado de esta sustancia provoca síndromes psiquiátricos asociados, sobre todo ansiedad y depresión, que con frecuencia son inducidos o agravados por el propio consumo ⁽⁴⁾. Encontramos también complejas alteraciones metabólicas que dan lugar a deterioro cognitivo. La desnutrición y la alteración en la absorción de determinados nutrientes predisponen a la depleción de tiamina y ácido nicotínico. A ello se añade que el etanol y el acetaldehído son neurotóxicos. Mediante técnicas de neuroimagen (TAC, RMN) se observa la existencia de atrofia cortical, sobre todo frontal y un agrandamiento de los surcos y cisuras cerebrales ⁽⁵⁾.

En la demencia alcohólica encontramos alteración en la memoria reciente y remota, de aprendizaje, de la organización visual y espacial, de la abstracción visual, de las funciones cognitivas y del control de los impulsos. Este tipo de demencia justifica el 20% de los casos de demencia crónica ⁽⁵⁾.

ALCOHOL E ICTUS: UN VÍNCULO PELIGROSO

Los trastornos neurocognitivos más destacados del consumo crónico de alcohol son las encefalopatías alcohólicas, la demencia alcohólica y los trastornos amnésicos ⁽⁵⁾.

El curso en el desarrollo de los síntomas de la paciente que nos ocupa, nos hace inclinarnos hacia el diagnóstico de una demencia alcohólica unido a los factores vasculares y degenerativos presentados.

La alta prevalencia de alcoholismo, así como las patologías asociadas y las implicaciones sociolaborales que conlleva, convierte su tratamiento en una cuestión sanitaria de elevado interés ⁽⁶⁾.

Todo programa terapéutico sobre alcoholismo se basa en un trabajo motivacional. Inicialmente incluye la desintoxicación ambulatoria u hospitalaria, según la gravedad del caso. La supresión brusca del consumo de alcohol se realiza mediante la introducción de sustancias que faciliten la misma, evitando el malestar y las posibles complicaciones físicas y/o psíquicas que pudieran derivarse. Este es el paso inicial para programas más amplios que aborden los factores que inciden en la adicción al alcohol (programas de deshabitación). Ello se realiza a partir de sustancias que previenen el cuadro de abstinencia. Las principales son las benzodiazepinas, el tiapride y el clometiazol. Oros fármacos utilizados son la oxcarbamacepina, la gabapentina y el topiramato ⁽⁶⁾.

Desde el punto de vista psicoterapéutico, básicamente se utilizan programas cognitivo-conductuales que incluyen la motivación para la abstinencia y la prevención de recaídas. También son útiles las estrategias de afrontamiento de la sintomatología de abstinencia y de los factores relacionados con el inicio o el enlentecimiento del hábito alcohólico. Para el manejo de los cuadros depresivos y ansiosos derivados del consumo, además de la abstinencia absoluta, se proponen fármacos antidepresivos y ansiolíticos (ISRS, ISRN, ADT), evitando las benzodiazepinas en la medida de lo posible por el riesgo de abuso ⁽⁶⁾.

Como conclusión, queremos reseñar la importancia de la relación existente entre enfermedades psiquiátricas y trastornos orgánicos, contemplándolos no como una patología única, si no como dos entidades que se condicionan mutuamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Charro C, Diéguez E, González LA. La demencia más psiquiátrica: demencia frontotemporal, variante frontal. *Psicogeriatría*. 2010; 2 (4): 227-232.
2. O'Brien JT, Erkinjuntti T, Reisberg B, Roman G, Sawada T, PAntoni L. Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurol* 2003; 2: 89-98.

ALCOHOL E ICTUS: UN VÍNCULO PELIGROSO

3. Bermejo F, Sáiz R y Díaz J. Demencia vascular y otras enfermedades que cursan con demencia. *Medicine* 2003; 8 (101):5453-5464.
4. Casas M, Guardia J. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2002; 14 (1): 195-219.
5. Espárrago G, Carrión L, Romero C. Comorbilidad psiquiátrica en la dependencia alcohólica (I): enfermedades neuropsiquiátricas. *Revista adicción y ciencia*. 2011; 1 (3).
6. Ochoa E, Madoz A, Muelas N. Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Medicina y seguridad del trabajo* 2009.