



XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

ENTRE LA DEMENCIA Y LO AFECTIVO

Laura Maroto Martín, Patricia Hervías Higuera

Hospital psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora

lauramaroto89@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La demencia fronto temporal (DFT) es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por un cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento con preservación inicial de la memoria y las capacidades visuoespaciales. Constituye la segunda causa de demencia en menores de 65 y la tercera de demencia degenerativa.

Objetivos: Se pretende realizar una revisión de la DFT en sus fases iniciales y discusión teórica de un caso clínico.

Métodos: Revisión a propósito de un caso clínico de una mujer de 79 años con diagnóstico de episodios depresivos recurrentes, que acude a urgencias por alteraciones de conducta en el domicilio. Presenta un abandono en los dos últimos años del autocuidado y actividades domésticas. Desde hace unos meses, presenta una marcada irritabilidad y agresividad verbal hacia sus familiares, frecuentes salidas nocturnas, verborrea, importantes gastos, y desorganización en los horarios, sospechándose en un primer momento un episodio maniaco de inicio tardío. Durante el ingreso se realiza una evaluación neuropsicológica, objetivándose un déficit en función ejecutiva, con conductas repetitivas y estereotipadas, y preservación de la memoria episódica, lenguaje y habilidades visuoespaciales.

Discusión: En las primeras fases de la DFT las alteraciones afectivas y conductuales prevalecen sobre los déficits cognitivos, siendo difícil diferenciar de un trastorno afectivo y realizar un diagnóstico precoz.

Conclusiones: En las demencias degenerativas es frecuente la aparición de sintomatología psiquiátrica incluso antes de que afloren los síntomas cognitivos.

La exploración neuropsicológica y la RM se hacen necesarias para el diagnóstico de la DFT en fases iniciales.

ENTRE LA DEMENCIA Y LO AFECTIVO

INTRODUCCIÓN

La demencia fronto temporal (DFT) es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por un cambio progresivo en la personalidad y el comportamiento y/o una alteración temprana y progresiva del lenguaje, en la que la memoria y las capacidades visuoespaciales están relativamente preservadas en los estadios iniciales. En estos pacientes también se observan déficits en la teoría de la mente (habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias) y en la toma de decisiones (insensibilidad a las consecuencias futuras, guiándose por perspectivas inmediatas).

Es la segunda causa más frecuente de demencia en menores de 65 años, y la tercera causa más frecuente de demencia degenerativa, tras la Enfermedad de Alzheimer y la Demencia con Cuerpos de Lewy. La edad de comienzo se sitúa entre los 45 y los 65 años, aunque existen casos de inicio más temprano así como de inicio más tardío.

Clínicamente se diferencian tres síndromes básicos: variante frontal, afasia progresiva primaria no fluente y demencia semántica, siendo la variante frontal la que corresponde a esta revisión.

OBJETIVOS

En el siguiente trabajo se pretende realizar una revisión de la demencia fronto temporal (DFT) en sus fases iniciales y discusión teórica de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de un caso de una mujer de 79 años que acude a urgencias por alteraciones de conducta en el domicilio y sobreingesta medicamentosa.

Antecedentes personales

- **SOMÁTICOS:** No alergias medicamentosas. HTA en tratamiento farmacológico. No diabetes ni dislipemia. Soplo sistólico funcional. IRC con nefroangioesclerosis. Radiculopatía L4-L5. Osteoporosis postmenopáusica con múltiples aplastamientos vertebrales (D7-D8,) requiriendo una vertebroplastia en el año 2011. Múltiples visitas a urgencias por traumatismos y caídas, con fractura de húmero izquierdo no intervenida, y fractura osteoporótica de D10-D12.
Cirugías: Faquectomía izquierda. DMAE.
- **PSIQUIÁTRICOS:** En seguimiento por psiquiatría desde el año 1993 por episodios depresivos recurrentes. Antecedentes de varios gestos autolíticos por sobreingesta medicamentosa, requiriendo el ingreso en UVI en el año 98 por sobreingesta de amitriptilina y clorimipramina.

ENTRE LA DEMENCIA Y LO AFECTIVO

Realiza seguimiento en su CSM (Centro de Salud Mental) de referencia (no va desde finales de verano). No cuenta con ingresos previos en psiquiatría.

Hábitos tóxicos

No refiere.

Antecedentes familiares

No refiere.

Tratamiento previo

Sertralina 100mg: 1-0-0, Ketazolam 1 capsula/noche, Enalapril 20 mg: 1-0-0, Tramadol 100mg: 1-1-1, Omeprazol 20 mg: 1-0-0, Parches transtec.

Situación sociofamiliar

Jubilada. Era modista de profesión. Tiene tres hijos: 2 hijas que viven en Madrid y un hijo que vive en Murcia. Convive con su marido en el domicilio familiar (tercer piso sin ascensor). Marido jubilado. IABVD (con abandono en estos dos últimos años del autocuidado y actividades domésticas).

Enfermedad actual

En el servicio de urgencias la paciente refiere que el día previo al ingreso presentó una discusión con su marido, ingiriendo posteriormente varios comprimidos de benzodiacepinas con finalidad ansiolítica. Relata frecuentes enfrentamientos hacia su marido, verbaliza que "me hace la vida imposible, me quiere anular", y mantiene que su marido "quiere matarla" para vender una casa en el pueblo. Las hijas de la paciente describen un cuadro de pocos meses de evolución consistente en agresividad verbal hacia sus familiares y física hacia su marido, marcada irritabilidad, frecuentes salidas nocturnas, verborrea, importantes gastos (llegando incluso en una ocasión a "vender" el domicilio familiar para comprarse otro piso más grande), y desorganización en el horario de las comidas. Refieren un abandono en los dos últimos años del autocuidado y de las actividades domésticas. Relatan gestos autolíticos previos que impresionan de movilizados del entorno "amenaza con tomarse pastillas cada vez que algo no le gusta. La semana previa el marido de la paciente sufrió un ictus en presencia de la misma, negándose la paciente a alertar a los servicios de emergencia, siendo encontrado casualmente por una de sus hijas.

Exploración psicopatológica al ingreso

Consciente y orientada globalmente. Abordable y parcialmente colaboradora. No inquietud psicomotriz. Marcada disforia. Lábil por momentos. Aspecto cuidado. No signos/síntomas de intoxicación o abstinencia. Discurso espontáneo, hiperfónico, fluido, prolijo, en ocasiones

ENTRE LA DEMENCIA Y LO AFECTIVO

tangencial, con pérdida del hilo argumental difícilmente reconducible, centrada en relatar acusaciones e improperios contra su marido. Probable ideación delirante de perjuicio vs ideas sobrevaloradas en relación a sus familiares. Niega alteraciones sensorio-perceptivas. Hipotimia referida de larga data con quejas de ansiedad. Cierta restricción en las relaciones sociales y actividades cotidianas. Heteroagresividad verbal hacia familiares. No ideación autolítica. Apetito conservado con importante desorganización en el horario de las comidas. Tendencia a la hiperfagia con selección de comidas dulces. Sueño conservado con medicación. Juicio de realidad alterado. Nulo insight.

Pruebas complementarias (en la urgencia)

Analítica, Rx tórax y ECG sin alteraciones relevantes.

Evolución

Durante los primeros días del ingreso la paciente presentó frecuentes alteraciones de conducta, llegando a manifestar improperios contra el personal sanitario y los pacientes de la unidad. Se mostró disfórica, irritable, y suspicaz, presentando un discurso verborreico, prolijo, con pérdida del hilo argumental por momentos y reiterativo. Lábil afectivamente y muy referenciada con su marido "la culpa de que yo esté aquí es de mi marido que es un canalla, se va enterar cuando yo salga" "le dió un ICTUS por castigo de Dios, no me deja ni salir de casa". No presenta síntomas depresivos, sí irritabilidad y ansiedad.

En el transcurso del ingreso se realiza una entrevista familiar con su marido e hija menor, refieren verla más alterada en el último año, con frecuentes alteraciones de conducta y abandono de las actividades domésticas (se pasa el día viendo la TV, ya no cocina, y a veces cose). Comentan que hace dos años empezó a presentar conductas extrañas, comenzaba una tarea y no llegaba a finalizarla, sueños vívidos y caídas frecuentes ("en bloque; como un peso muerto"). En el último año se evidencian estas alteraciones en mayor grado, llegando a dejar en alguna ocasión el fuego encendido de la cocina. Comentan que ya no sale a pasear, se queda encerrada en casa y piensa que sus familiares la quieren envenenar, "dice que queremos que se muera para heredar" y ha presentado frecuentes salidas nocturnas del domicilio. Reiterativa con ciertos temas "como un disco rayado". Además relatan que la paciente se niega a acudir a psiquiatría, geriatría o neurología (no acudía porque "no le gustaba el especialista").

Desde el punto de vista farmacológico, se realiza ajuste de medicación con retirada del tratamiento antidepresivo, se pautan ansiolíticos dado en nivel de ansiedad de la paciente (Loracepam 1 mg y Rivotril 0.5 mg), y neurolépticos (Pregabalina 75 mg y Quetiapina 100mg) para controlar las frecuentes alteraciones de conducta.

ENTRE LA DEMENCIA Y LO AFECTIVO

Durante el ingreso es valorada por Neurología, realizándose pruebas psicométricas y de evaluación neuropsicológica:

- MMSE 22/30: fallos en orientación, atención y cálculo.
- FAB 9/18 (punto corte es 11): Conceptualización y razonamiento abstracto 1/3. Fluidez léxica 3/3. Programación motora y control ejecutivo de la acción 2/3. Control inhibitorio 1/3. Resistencia a la interferencia 1/3. Autonomía del ambiente 1/3.
- SPAM directo hasta 4 dígitos e inverso hasta 3. Dibujos: alteración en las secuencias alternantes, pérdida del control inhibitorio en los trazos y espirales, imposible copiar cubo 3D y fallos en el de 2D.
- Trail Making test A y B: imposible finalizarlo a pesar de repetir las instrucciones.
- Test del reloj normal.

En conclusión, se objetiva un déficit de función ejecutiva con pérdida del interés y motivación por las actividades personales, las conductas repetitivas y estereotipadas (repite actos motores, bromas, frases e historias), actos impulsivos, irritabilidad, con preservación de la memoria episódica, lenguaje y habilidades visuoespaciales.

Se revisa el historial médico de la paciente, y se evidencia que dos años antes fué valorada por primera vez por Geriátrica por un posible deterioro cognitivo, y ya presentaba pruebas psicométricas compatibles con deterioro cognitivo, se hicieron otras pruebas: TAC (atrofia cortico-subcortical) y SPECT cerebral (hipoperfusión fronto temporal bilateral), que podrían sugerir demencia neurodegenerativa incipiente. No acudió a consultas posteriores, por lo que no se ha podido completar el estudio.

Al alta se muestra tranquila, presentando un discurso espontáneo, fluido, prolijo, verborreico, mostrándose muy referenciada con el marido. Disfórica. Lábil por momentos (lloraba al hablar sobre ciertos temas, sobre todo recuerdos del pasado). Niega ideación autolítica. No alteraciones sensorio-perceptivas. Ritmos cronobiológicos conservados con medicación. Nulo insight.

Juicio clínico

Alteraciones de conducta en paciente con funciones corticales alteradas de predominio fronto-temporal (alteración de la función ejecutiva, control de impulsos y atención).

Aún no cumple criterios de DMT variante conductual (según los criterios Rascovsky el tiempo de evolución del cuadro debe ser mayor a dos años, sin embargo en este caso es menor de dos años). En la tabla 1 se encuentran los criterios diagnósticos de Rascovsky para la variante conductual de la demencia frontotemporal.

ENTRE LA DEMENCIA Y LO AFECTIVO

TABLA 1: CRITERIOS DE CONSENSO PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA VARIANTE CONDUCTUAL DE LA DFT (Rascovsky, 2007)

Enfermedad neurodegenerativa

Deterioro progresivo del comportamiento y/o cognición evidenciada mediante la observación o la historia clínica.

Posible DFT vc

Al menos 3 de los siguientes síntomas cognitivos o conductuales, de forma persistente o recurrente (A-F):

- A. Desinhibición conductual precoz (3 años)
- B. Apatía o inercia precoz (3 años)
- C. Pérdida de empatía precoz (3 años)
- D. Conducta perseverante, estereotipada, compulsiva o con rituales
- E. Hiperoralidad y cambios en la dieta
- F. Perfil neuropsicológico: Déficits en la función ejecutiva con relativa preservación de la memoria y habilidades visuoespaciales.

Probable DFT vc

Todos los siguientes deben estar presentes:

- A. Cumplir criterios de DFT vc posible
- B. Deterioro funcional significativo
- C. Hallazgos compatibles en neuroimagen: atrofia(TC, RM) o hipoperfusión/hipometabolismo (SPECT/PET) frontal y/o temporal anterior

DFT vc Definitiva

Debe cumplirse el criterio A y estar presentes B o C.

- A. Cumplir criterios de DFT posible o probable
- B. Evidencia histopatológica de DFT en biopsia o autopsia
- C. Presencia de una mutación patogénica conocida

Criterios de exclusión de DFT vc

- A. Presencia de enfermedad médica o neurológica no degenerativa que explique mejor los déficits
- B. Presencia de enfermedad psiquiátrica que justifique la alteración conductual
- C. Presencia de biomarcadores altamente sugestivos de Enfermedad de Alzheimer u otra enfermedad neurodegenerativa*

DFT vc: variante conductual de la demencia frontotemporal; TC: tomografía computarizada; RM: resonancia magnética; SPECT: tomografía computarizada por emisión de fotón único; PET: tomografía por emisión de positrones.

*El criterio C no es de exclusión para el diagnóstico de DFT vc posible; sí para el de DFT vc probable.

ENTRE LA DEMENCIA Y LO AFECTIVO

Tratamiento psiquiátrico al alta

- Pregabalina 75 mg: 1-0-1
- Quetiapina 100mg: 0-1-0-1
- Quetiapina 25 mg de rescate si ansiedad, inquietud psicomotriz o insomnio.
- No existe tratamiento para el deterioro cognitivo de perfil fronto temporal.

DISCUSIÓN

En las primeras fases de la DFT, las alteraciones emocionales como apatía, pérdida del interés y desinhibición suelen ser inespecíficos y difíciles de reconocer como primeras manifestaciones de una demencia, por lo que no es infrecuente interpretar estos síntomas como trastornos psiquiátricos al inicio, sobre todo como trastornos afectivos.

Al inicio de la enfermedad prevalecen los cambios afectivos y conductuales sobre los déficits cognitivos lo que dificulta el diagnóstico precoz. En este caso, la familia relataba en un primer momento únicamente los cambios emocionales y en su personalidad, no haciendo referencia a los déficits cognitivos, ya que son menos visibles que las alteraciones de conducta.

La depresión del trastorno bipolar puede confundirse con la apatía y el aplanamiento emocional de la demencia fronto temporal, sin embargo en éstos pacientes suele ser raro encontrar tristeza o ideación suicida. Es frecuente que los pacientes afectos de DFT carezcan del insight de sus alteraciones conductuales y fallos cognitivos.

En los estadios precoces, la exploración neurológica es normal, lo que hace necesario realizar otras pruebas para afinar en el diagnóstico. Es necesaria una exploración neuropsicológica integral que incluya funciones frontales, ya que en una fase inicial no se detectan los déficits, así como pruebas complementarias siendo la resonancia magnética (RM) de elección.

El hallazgo típico en RM es el de una atrofia importante en áreas frontales mediales y orbitales, con atrofia variable de los polos temporales e ínsula. Esta atrofia fronto temporal no se observa en todos los casos, sobre todo en etapas muy tempranas de la enfermedad. En el SPECT y PET se observarían datos de hipoperfusión e hipometabolismo respectivamente, en lóbulos frontales y temporales.

En nuestro caso, tanto la exploración neuropsicológica como la RM han resultado esenciales para el diagnóstico.

ENTRE LA DEMENCIA Y LO AFECTIVO

CONCLUSIONES

En las demencias degenerativas es frecuente la aparición de sintomatología psiquiátrica, incluso antes que afloren los síntomas cognitivos. En la DFT la memoria y las capacidades visuoespaciales están relativamente preservadas en los estadios iniciales, y priman los cambios emocionales y conductuales sobre los déficits cognitivos. La exploración neuropsicológica y la RM se hacen necesarias para el diagnóstico en fases iniciales de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. C. Charro-Gajate, E. Diéguez-Perdiguero, L.A. González-Martínez. La demencia más psiquiátrica: demencia fronto temporal, variante frontal. *Psicogeriatría* 2010; 2 (4): 227-232.
2. Leandro Damián Sousa. Diagnóstico Diferencial entre Demencia Fronto temporal y Trastorno Bipolar de inicio tardío. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 17, Nº 2, octubre de 2011, págs. 148 a 161.
3. Carolina Pérez j., Carolina Vásquez V. Contribución de la neuropsicología al diagnóstico de enfermedades neuropsiquiátricas. *Rev. Med. Clin. Condes* 2012; 23(5) 530-541.