

Deterioro cognitivo en pacientes con depresión; a propósito de una experiencia clínica

Vigo, L.M.; Veiga, I.; Varela, E.; Soriano, J.; Portillo, J.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Palabras clave. Enfermedad de Alzheimer, demencia, depresión, factores de riesgo, demencia vascular, depresión crónica.

Introducción

Una historia personal de depresión actúa como factor de riesgo para el desarrollo de un cuadro demencial¹, siendo mayor dicho riesgo cuando existe una recurrencia de los síntomas depresivos. Sin embargo y a pesar de que lo anteriormente expuesto parece claro, a día de hoy no hay claras evidencias que nos permitan determinar si la depresión es un factor de riesgo independiente o el primer síntoma del desarrollo de una demencia², existiendo múltiples discrepancias entre los resultados obtenidos en los distintos estudios, en los que no hay una homogeneidad a la hora de valorar el tiempo de seguimiento, los intervalos desde que aparece la depresión y que aparecen los primeros síntomas de deterioro cognitivo, el nivel educacional de los pacientes o el empleo de instrumentos estandarizados para medir los síntomas depresivos³.

Descripción de la situación clínica

Mujer de 66 años de edad. Casada, madre de un hijo emancipado. Vive con su marido en casa propia en zona urbana. Estudios primarios completos. Trabajó en el sector de la hostelería. Pensionista.

Es traída al Servicio de Urgencias por su familia, tras verbalizar ideación suicida, desde donde se procede al ingreso voluntario de la paciente en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

Antecedentes somáticos personales

Alergia a la penicilina. Obesidad. Diabetes Mellitus tipo 2. Hipertensión arterial. Dislipemia. Dilatación aórtica. Sin hábitos tóxicos.

Antecedentes personales psiquiátricos

Sintomatología ansioso-depresiva de 40 años de evolución a seguimiento durante años por varios psiquiatras privados. La paciente relata que fue estando emigrada en Londres, donde permaneció 20 años, cuando inicio clínica depresiva con varios episodios disociativos en los que creía escuchar las voces de su marido y su hijo pequeño que en el momento de su nacimiento tuvo que dejar al cuidado de sus abuelos en España. En ese momento inicia el seguimiento especializado en un psiquiatra privado de Santiago a donde se desplazaba “cuando tenía las crisis”. De siempre con baja tolerancia a la frustración sobre la base de una distimia y rasgos de personalidad histriónicos. Situación que se agrava en el último año, en el que realiza dos sobreingestas de psicofármacos con dudosa intencionalidad autolítica y coincidiendo con conflictiva de pareja. Antecedentes de dos ingresos previos en unidades de hospitalización psiquiátrica, ambos en el 2012, tras verbalizar ideas autolíticas. Diagnosticada tras el alta de Distimia y rasgos de personalidad del *Cluster B* (DSM-IV), fue tratada con mirtazapina 30 mg/día, paroxetina 30 mg/día y alprazolam 6 mg/día. Además de los antecedentes descritos, la familia refiere que en el último año, la paciente presentó “despistes” frecuentes con dificultades para la realización de tareas de la vida diaria (realizar la comida, la limpieza de la casa...) y que previamente realizaba sin dificultad. En este contexto y tras el alta de

la última hospitalización se solicita consulta en neurología, donde es diagnosticada de deterioro cognitivo ligero, recomendando el control de factores de riesgo vascular y la estimulación para la realización de tareas que la mantengan activa, siendo dada de alta con posibilidad de retorno en función de la evolución.

Antecedentes familiares

Hermano fallecido a los 20 años de edad por autolisis en contexto de un episodio depresivo. Sin otros de interés.

Enfermedad actual

Tras el alta de la última hospitalización, la paciente refiere que a los dos días empezó a encontrarse nuevamente mal de ánimo, sentimientos de minusvalía e incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, presentando importantes dificultades para concentrarse y finalizar las mismas. Ante esta situación relata sentirse culpable por sobrecargar a su familia sobre la cual recae su cuidado presentando múltiples quejas somáticas y miedo a “quedarse sin memoria y estar desahuciada”.

Exploración psicopatológica

Consciente. Orientada auto y alopsíquicamente. Parcialmente colaboradora. Normoproséxica. Tono de voz elevado. Discurso fluido, coherente, relatando dificultades de convivencia con su marido y múltiples quejas mnésicas, sobre todo de hechos recientes, que según ella la incapacitan. Sin alteraciones senso-perceptivas evidenciables, sin ideación delirante. Ánimo depresivo, sin anhedonia ni tristeza patológica. Sentimientos de culpa y minusvalía. Verbalización de ideas de muerte, sin ideación autolítica. Clínica ansiosa con episodios de ansiedad crítica y crisis excitomotoras que motivan varias asistencias al Servicio de Urgencias en el último año. Insomnio corregido farmacológicamente. Apetito e ingesta conservada. Conciencia de trastorno.

Pruebas complementarias

Hemograma: glucosa 276 mg/dl, GOT 57 UI/L. Orina: sin alteraciones. Serología luética: negativa. TAC craneal: sin patología intracraneal aguda. Se evidencia atrofia fronto-temporal. Se realiza estudio neuropsicológico (Dementia Rating Scale (GDS), selección PIEN-Barcelona), objetivándose signos de disfunción frontal e déficit mnésico, de difícil valoración en el momento actual, que sugieren probable inicio de deterioro cognitivo. RNM cerebral: se informa de silla turca vacía; resto sin alteraciones. TSH 1.08 mUI/L.

Tratamiento realizado y evolución intrahospitalaria

Fue tratada a lo largo del ingreso con haloperidol gotas hasta dosis de 130 gotas/día que posteriormente se va sustituyendo por quetiapina 150 mg/día, maprotilina 112,5 mg/día, alprazolam 3 mg/día que se suspende de forma paulatina. Mirtazapina 30 mg/día que posteriormente se suspende, clonazepam 6 mg/día, paroxetina 20 mg/día y lormetazepam 2 mg si insomnio.

Una semana después de ingresar, la paciente inicia clínica compatible con cuadro disociativo refiriendo escuchar la voz de su hijo que le dice que está muerto, presentando alteraciones conductuales con importante agitación psicomotriz que requiere de contención física y farmacológica. Posteriormente y tras tratamiento con neurolépticos la paciente se va normalizando conductualmente, persistiendo la sensación de escuchar voces las cuales critica en cuanto se le confronta, produciéndose un importante distanciamiento afectivo. Persiste discreta disforia y quejas mnésicas con dificultad para recordar sucesos reciente. Mejoría anímica sin verbalización ideas de muerte ni ideación autolítica.

Diagnóstico (DSM-IV TR)

Eje I: Distimia. Trastorno disociativo no especificado.

Eje II: Rasgos de personalidad del Cluster B

Eje III: Diabetes mellitas tipo 2. Hipertensión arterial. Dislipemia. Deterioro cognitivo leve.

Eje IV: Ninguno.

Eje V: EEAG= 45 (ingreso) / 51 (alta)

Discusión

Este es el caso de una paciente con un diagnóstico de Distimia de evolución tórpida a lo largo de los años que se ha visto ensombrecida en el último año por la asociación de una serie de síntomas cognitivos que la paciente vivencia con gran disconfort. Múltiples estudios sugieren que la depresión como factor de riesgo para el desarrollo de una demencia está basado en la temprana aparición de los síntomas así como el curso crónico de los mismos⁴, llegando a sugerir que aquellas depresiones de inicio temprano no tratadas o recurrentes están asociadas con una pérdida de volumen hipocampal⁵, pudiendo estar también relacionadas con un mal funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal⁶. Por otro lado, también se piensa que la aparición tardía de un episodio depresivo aumentaría el riesgo de padecer alguna forma de demencia⁷, pudiendo tratarse la misma depresión como un pródromo de un futuro deterioro cognitivo³ y por lo tanto una temprana manifestación de un síndrome demencial⁸. Un metanálisis publicado en el año 2006, mostró una clara asociación entre depresión y demencia⁹, pero todavía existen controversias a la hora de determinar si el riesgo sería mayor si el inicio de la depresión es temprano o tardío^{10,11}. La realidad con la que nos encontramos en el momento actual es que los mecanismos del rol de la depresión y todos sus síntomas en el desarrollo de los síndromes predemenciales y su progresión hacia la demencia están todavía siendo investigados³.

Referencias

1. Jorm, A. F. History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001;35, pp. 776-781.
2. Stewart, R. Depressive symptoms and cognitive decline--disentangling the effect of affect. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2004;75, p. 5.
3. Panza, F., Frisardi, V., Capurso, C., D'Introno, A., Colacicco, A. M., Imbimbo, B. P. et al. Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 2010;18, pp. 98-116.
4. Butters, M. A., Young, J. B., Lopez, O., Aizenstein, H. J., Mulsant, B. H., Reynolds, C. F. 3. et al. Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2008;10, pp. 345-357.
5. Potter, G. G. & Steffens, D.C. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *The Neurologist*, 2007;13, pp. 105-117.
6. Sapolsky, R. M. Depression, antidepressants, and the shrinking hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2001;98, pp. 12320-12322.
7. Alexopoulos, G. S. Depression in the elderly. *Lancet*, 2005;365, pp. 1961-1970.
8. Chen, P., Ganguli, M., Mulsant, B. H. & DeKosky, S.T. The temporal relationship between depressive symptoms and dementia: a community-based prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 1999;56, pp. 261-266.
9. Ownby, R. L., Crocco, E., Acevedo, A., John, V. & Loewenstein, D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis. *Archives of General Psychiatry*, 2006;63, pp. 530-538.
10. Rosenblatt, A., Mehta, K. M., Romanoski, A., Eaton, W. & Lyketsos, C. Major depression and cognitive decline after 11.5 years: findings from the ECA study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2003;191, pp. 827-830.
11. Pálsson, S., Aevarsson, O. & Skoog, I. Depression, cerebral atrophy, cognitive performance and incidence of dementia. Population study of 85-year-olds. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 1999;174, pp. 249-253.