

Trastornos de la memoria

F. Mahieux-Laurent

Los trastornos de la memoria pueden sobrevenir en numerosas circunstancias. Un análisis preciso de éstas, de los trastornos asociados y de su repercusión es crucial para el diagnóstico. La valoración neuropsicológica, por lo menos clínica y breve, y mejor si está a cargo de un neuropsicólogo, es indispensable para distinguir los síndromes amnésicos puros de los trastornos cognitivos más globales y, respecto a éstos, determinar su etiología. Los síndromes amnésicos puros permanentes obedecen a lesiones del hipocampo o del parahipocampo de origen metabólico (síndrome de Korsakoff, encefalitis límbica), vascular, infeccioso (encefalitis herpética) o, más raramente, neurodegenerativa. Los trastornos cognitivos más globales derivan, en su mayoría, de un síndrome demencial. Se expondrán aquí los cuadros clínicos clásicos de la enfermedad de Alzheimer, la demencia frontotemporal, las demencias vasculares o la demencia con cuerpos de Lewy, y los síndromes más infrecuentes o de descripción más reciente como las atrofas focales o la degeneración corticobasal. Los trastornos amnésicos también pueden aparecer después de un traumatismo de cráneo o de una encefalitis (Creutzfeldt-Jakob, virus de la inmunodeficiencia humana, sífilis), o asociarse a la epilepsia. Se tratarán además las afecciones neurológicas o generales que pueden acompañarse de trastornos mnemónicos.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Memoria; Demencia; Amnesia; Cognición

Plan

■ Introducción	1
■ Semiología y análisis del trastorno mnemónico	1
■ Semiología y análisis del déficit mnemónico y cognitivo	2
■ Afecciones que producen trastornos de la memoria	3
Síndromes amnésicos	3
Demencias y atrofas focales	4
Trastornos de la memoria en las afecciones psiquiátricas	8
Trastornos de memoria de origen traumático	8
Trastornos de la memoria de origen infeccioso	9
Otros trastornos de la memoria	10

■ Introducción

Los trastornos de la memoria despiertan un interés creciente, pero aún de forma irregular. Esto obedece tal vez al efecto de la «publicidad» en torno a la enfermedad de Alzheimer, a un anhelo de mantenerse mentalmente «en forma» y, en definitiva, al incremento de las prestaciones sanitarias relativas a la memoria. Sin embargo, se conocen mal muchas enfermedades que ocasionan trastornos mnemónicos y numerosos pacientes que padecen afecciones demenciales no son identificados y, por esta razón, permanecen sin tratamiento. Esta situación es producto del temor al diagnóstico, el pesimismo («qué le vamos a hacer») y la ignorancia («todos los viejos pierden la memoria, es normal»).

■ Semiología y análisis del trastorno mnemónico

El problema de los trastornos de memoria se plantea de forma radicalmente distinta según el modo de instauración de los mismos.

Si el comienzo fue repentino o muy rápido y el estado actual del paciente contrasta claramente con el anterior, lo esencial no es el síntoma, sino la anamnesis en busca de la causa.

Si, por el contrario, el comienzo fue progresivo o insidioso, o incluso se fue insinuando junto a otros trastornos de forma secundaria, el análisis del síntoma cobra todo su sentido.

En la medida en que la identificación de un trastorno mnemónico de leve a moderado se basa en una valoración neuropsicológica amplia, en el transcurso del procedimiento diagnóstico es esencial clasificar de forma precoz los trastornos mnemónicos auténticos de graves a moderados, los trastornos leves y los que tienen un significado distinto.

La anamnesis debe extenderse necesariamente a la familia del paciente, con el propósito de precisar la evolución de los trastornos, su repercusión y otras manifestaciones asociadas.

El primer elemento que debe considerarse es la naturaleza del trastorno, para lo que hay que recabar informaciones precisas:

- ¿falta la memoria anterógrada, incluso de forma incipiente?, (repetición de la misma pregunta, olvido de citas, dificultad para encontrar objetos «ordenados» o para recordar el nombre de los familiares);
- ¿los trastornos se relacionan más con la atención?, (búsqueda de objetos que se tenían en la mano, pérdida del hilo de pensamiento, dificultad para recordar lo que no despierta interés);

- ¿el trastorno se refiere a capacidades mal valoradas de forma manifiesta?, (aprendizaje de una lengua extranjera, reanudación tardía de los estudios, aprendizaje de informática sin un objetivo preciso).

El segundo punto atañe a la anamnesis del trastorno: comienzo insidioso, en escalones sucesivos o rápidamente progresivo, presencia de un factor desencadenante (duelo, afeción aguda, anestesia, experiencia vital importante) y, sobre todo, la existencia de trastornos asociados. Resulta esencial investigar dos tipos de problemas: los trastornos de la conducta y los déficit neurológicos. Respecto a los primeros, hay que tener en cuenta que rara vez se expresan de forma espontánea y que, por tanto, deben investigarse de forma sistemática. Algunos pueden orientar hacia una demencia incipiente o un cuadro depresivo (apatía, irritabilidad, anorexia, trastornos del sueño), mientras que otros lo hacen hacia afecciones más específicas: fluctuaciones manifiestas y alucinaciones precoces de las demencias con cuerpos de Lewy, desinhibición verbal, alimentaria, financiera o sexual, así como cualquier otra conducta «rara» que lleve a pensar en una demencia frontotemporal.

El último punto, fundamental, es el de la repercusión del trastorno referido por el paciente. Tal repercusión será la clave que determinará la gravedad del diagnóstico final:

- alteración clara de las actividades elementales de la vida diaria (alimentación, higiene personal), que indican una demencia de moderada a grave;
- perturbación de las actividades semielaboradas (observancia *real* de los tratamientos, cumplimiento de las tareas domésticas: limpieza, compras, relaciones familiares, autonomía en los desplazamientos), sospechosa de una demencia moderada;
- alteración de las actividades elaboradas, patrimonio de deterioros incipientes, que deben detectarse sin falta (declaración de la renta, organización de viajes de larga distancia, resolución de pequeños problemas domésticos, abandono de actividades recreativas).

“ Para recordar

Análisis del trastorno mnemónico

Debe incluir:

- la naturaleza del trastorno (olvido real o déficit de atención);
- el modo de comienzo (insidioso, rápido o en escalones);
- los trastornos de conducta, que deben investigarse de forma sistemática;
- la repercusión del trastorno, incluso si es aparentemente leve.

La opinión de los familiares es fundamental.

■ Semiología y análisis del déficit mnemónico y cognitivo

La valoración neuropsicológica es indispensable para determinar las características del trastorno mnemónico y de otros trastornos cognitivos. Su extensión depende, sin embargo, del alcance de la gravedad del trastorno. Si el paciente sufre de un deterioro profundo, las dificultades para participar en la valoración serán mayores y el proceso le resultará penoso y difícil, en cuyo caso puede optarse por una evaluación clínica breve. Al contrario, en caso de deterioro menor, y con mayor razón si es dudoso, se impone la práctica de una valoración neuropsicológica completa en un centro especializado en trastornos de la memoria.

La exploración neuropsicológica incluye, en primer lugar, una valoración global (por ejemplo, con el Mini Mental Status de Folstein). A continuación, es necesario examinar todo el campo de las capacidades cognitivas: la memoria, desde luego, pero

también el lenguaje, las praxis, las capacidades visoespaciales, el juicio, la atención y las funciones ejecutivas. Sólo la exploración completa permitirá abarcar todos los puntos de las distintas listas de criterios y, en consecuencia, formular un diagnóstico fidedigno. Por debajo de cierto grado de deterioro, el diagnóstico puede resolverse con pruebas simples.

A continuación se ofrece un ejemplo de evaluación clínica rápida.

“ Para recordar

Valoración neuropsicológica rápida

Memoria: orientación temporal y espacial.

Nombre y edad de los nietos, fecha de casamiento.

Test de las 5 palabras.

Lenguaje: expresión espontánea (palabras de sustitución [«cosa», «fulano»] o lapsus).

Denominación de objetos (interruptor, sello, patilla de gafas, pila eléctrica, ordenador).

Praxis: gestuales = imitación (mariposa, doble círculo, rectángulo).

Constructiva = dibujar un cubo (con todas las líneas).

Juicio: crítica de relatos absurdos, similitudes y diferencias.

Por encima de este nivel, sólo las pruebas largas, validadas y que ofrecen datos normativos permiten establecer de manera fidedigna si el paciente está dentro de la norma para su edad y su nivel cultural o si se desvía de forma significativa, por lo general 1,5-2 desviaciones estándar.

Las constataciones en la valoración neuropsicológica se interpretan del modo siguiente.

El trastorno de la memoria se considera verdadero cuando los resultados son inferiores a las normas relativas a la edad del paciente y a su nivel cultural. Este trastorno se llama «hipocámpico» y lleva a considerar una enfermedad de Alzheimer ^[1] tanto si existe una pérdida en las pruebas de recuerdo libre^a como en las de recuerdo facilitado^b, con mayor razón cuando se acompaña de una pérdida acentuada frente al recuerdo diferido^c y si se detectan intrusiones^d.

Cuando existe un trastorno exclusivo del recuerdo libre, pero la facilitación^e normaliza los resultados y no hay intrusión ni pérdida en recuerdo diferido, el trastorno orienta más hacia una disfunción extrahipocámpica, especialmente de índole ejecutiva^f.

La asociación de este trastorno de memoria con un trastorno instrumental, como una afasia, una agnosia visual o una apraxia, es indicio de un patrón de demencia «cortical» ^[2, 3].

La existencia de trastornos visoespaciales considerables puede orientar a una lesión focal o una demencia con cuerpos de Lewy, pero permite excluir un diagnóstico de demencia frontotemporal ^[2, 3].

Los trastornos del razonamiento, de la aplicación de los conocimientos adquiridos o de otras funciones ejecutivas, como una disminución de la flexibilidad mental, una dificultad de inhibición, de formulación de conceptos o de control de la atención, en ausencia de los trastornos instrumentales antes citados, está a favor de un patrón de tipo «subcorticofrontal», que más bien se observa en las afecciones de los núcleos grises centrales ^[2, 3].

La valoración puede revelar que las capacidades mnemónicas son normales en sí mismas, pero existen dificultades en las pruebas relativas a la atención. Estos trastornos por déficit de atención, cuando son aislados, no tienen un valor negativo considerable, y más bien orientan hacia trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, carga mental excesiva) o iatrogénicos. En ausencia de éstos, se indica un control simple (Fig. 1).



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465696>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465696>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)