



242/275 - DÉFICIT COGNITIVO EN PACIENTE CON DEPRESIÓN

M. Gómez Martínez y M. López Jordán

Médico de Familia. Centro de Salud Totana Sur. Totana. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 62 años con síndrome depresivo 5 años estable con medicación (escitalopram 15). Tras fallecimiento de su marido, sufre un empeoramiento anímico, con insomnio e importante decaimiento. Ajustamos tratamiento (subimos dosis escitalopram y pautamos benzodiacepinas). A las 6 semanas persiste sintomatología, sumándose quejas somáticas, cefaleas, artralgias, astenia, olvidos y despistes que no influyen en sus actividades cotidianas. A veces olvida tomar la medicación. Y aunque sospechamos posible pseudodemencia depresiva y modificamos tratamiento (amtriptilina 75 mg diarios) solicitamos pruebas complementarias, realizamos MMSE y derivamos a Neurología, donde solicitan RMN.

Exploración y pruebas complementarias: TA 135/85. MMSE: 25/30. TAC cerebral: No se observan imágenes de sangrado intra ni extraaxial ni signos establecidos de lesión isquémica aguda. Leve retracción córtico-subcortical de predominio frontotemporal. Analítica: sin alteraciones. RMN cerebral: leucopatía isquémica peri/supraventricular bilateral. Incipiente retracción cortical.

Juicio clínico: Demencia degenerativa primaria tipo enfermedad de Alzheimer agravado inicialmente por síndrome depresivo.

Diagnóstico diferencial: En Neurología evidencian el progresivo deterioro cognitivo, mayores olvidos de hechos recientes, pierde autonomía para tomar medicación, no puede manejar el euro, repetición de comentarios, incapacidad para realizar labores del hogar. MMSE de 17 puntos (25 puntos 9 meses antes). Aparecen delirios autorreferenciales con televisión, alucinaciones auditivas, apraxia del vestido, y desorientación en tiempo, espacio y persona. MMSE de 9 puntos a los 6 meses, progresando de un estadio inicial de enfermedad de Alzheimer a moderado-severo en 1 año.

Comentario final: La pseudodemencia depresiva es un cuadro clínico que habitualmente pasa inadvertido en atención primaria, neurología e incluso en Psiquiatría. La dificultad diagnóstica obedece a la presencia de síntomas afectivos en los estados demenciales y de síntomas cognitivos en los estados depresivos. Como Atención Primaria es la puerta de entrada a estos pacientes, el médico de familia debe tener en cuenta que el diagnóstico diferencial entre ambas entidades se sustenta en la respuesta al tratamiento antidepresivo y la evolución clínica en el tiempo. Las pruebas complementarias carecen de peso diagnóstico.

Bibliografía

1. Barjau Romero JM, Guerra-Prado D, Vega Piñero M. Seudodemencia depresiva: Implicaciones clinicoterapéuticas. Med Clin. 2001;117:703-8.
2. Álvarez E, Gastó Ferrer C. Sintomatología depresiva en atención primaria. Marge Books, 2008.

Palabras clave: Pseudodemencia. Depresión.