

Amnesia Global Transitoria en el Servicio de Urgencias. A propósito de un caso.

Lucía Benavente Gajate*, Alberto San Román Uría**, Sergio Borja Andrés***, Itziar González Mendia I***, M^a Concepción Gelado Matellán**.

* MIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España)

** LES. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca (España)

*** LES. Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

*** LES. Medicina Familiar y Comunitaria. Sección de Urgencias. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

**LES. Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. (España)

Correspondencia: Lucía Benavente Gajate. lbenaventeg@salucastillayleon.es

RESUMEN

La amnesia o pérdida de memoria, es una sintomatología que aparece de forma frecuente en el Servicio de Urgencias. Es fundamental establecer un juicio diagnóstico inicial e imprescindible el realizar el diagnóstico diferencial para descartar la existencia de una patología urgente. En el caso que presentamos, una mujer de 59 años consulta por una pérdida de memoria brusca, con dificultad para recordar acontecimientos inmediatos, tras habersele comunicado una mala noticia familiar. Tras la exploración física y las pruebas complementarias se llegó al diagnóstico de amnesia global transitoria. En este artículo, se pretende reflejar la evolución del cuadro que presentó la paciente y la importancia de la colaboración entre el Servicio de Urgencias y los servicios de Psiquiatría y Neurología.

PALABRAS CLAVE

Amnesia. Estrés. Autolimitado.

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN

El concepto de amnesia global transitoria (AGT) fue descrito por primera vez por Bender en 1956 [1,2]. Fisher y Adams en 1964 concretaron más sobre esta pérdida de memoria transitoria, aunque no es hasta 1990 que Hodges y Warlow definieron los criterios diagnósticos para dicha patología [3].

Tiene una incidencia de 3.4 a 10.4 por cada 100 000 habitantes por año. El 75 % de estos episodios tienen lugar en personas entre 50 y 70 años, siendo menos común en personas jóvenes menores de 40 años [4].

La tasa de recurrencia anual de un segundo o un tercer episodio varía, según diferentes estudios, encontrándose entre el 6% y el 10%. Para que tengan lugar de nuevo otros episodios de AGT se necesitan diferentes factores desencadenantes, siendo más destacados en los hombres los factores físicos, y en las mujeres los factores psíquicos [5].

Hoy en día hay muchas teorías sobre la posibles etiología anatómica donde podría tener lugar dicha patología, teniendo más fuerza la localización temporal medial; pero cierto que ninguna hipótesis es claramente satisfactoria. Existen tres principales teorías siendo una de ellas de origen vascular; otra causa estaría relacionada fisiopatológicamente con la migraña, y por último un origen epileptiforme. Otras posibles causas a tener en cuenta son: los factores ambientales, el estrés y la existencia de determinados rasgos de personalidad [3].

La AGT, es un síndrome de inicio brusco y autolimitado de la memoria anterógrada; en la que el paciente presenta un estado de angustia, desorientación y generalmente realiza las mismas preguntas constantemente, manteniendo intacto el nivel de consciencia. Suele ir acompañado de cefaleas, náuseas y vómitos; sin clínica neurológica focal [1,2]. Los criterios diagnósticos de la AGT de Caplan y Hodges se exponen en la *tabla 1*.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 59 años valorada en servicio de Urgencias, que según refiere, lo último que recuerda desde hace una hora, es estar en la playa. Según refiere su marido, repite constantemente lo mismo "¿qué ha pasado?", presentando dificultad para recordar acontecimientos inmediatos. No presenta otras alteraciones de las funciones superiores. Niega traumatismo previo, ni cualquier otra clínica. El marido lo relaciona, con una mala noticia familiar ya que a partir de ese momento ha comenzado con dicha clínica. Refiere un episodio similar tres años antes; siendo vista por el servicio de Neurología con el diagnóstico de: amnesia aguda resuelta compatible con amnesia global transitoria (G45.4)

Entre los antecedentes personales de nuestra paciente, se encuentra: rizartrrosis, osteoporosis postmenopáusica, amnesia global transitoria resuelta en el año 2012, adenoma tiroideo toxico tratado con I¹³¹ y cirugía de varices. Se encuentra actualmente en tratamiento con: vitamina D, loratadina, carbocisteína y paracetamol.

En la exploración física presenta un buen estado general, consciente, colaboradora pero desorientada en el tiempo. Piel normocoloreada, bien hidratada. Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos, murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, Murphy y Blumberg negativos. Puñopercusión negativa. EEII: sin edemas ni fóvea ni signos de trombosis venosa profunda.

En la exploración neurológica tiene las pupilas isocóricas, normorreactivas, los pares craneales normales, el tono y la sensibilidad conservada al igual que los reflejos osteotendinosos, una marcha estable y un lenguaje coherente aunque repetitivo.

Exploración psicopatológica denota una paciente lúcida, parcialmente orientada en el espacio, desorientada en el tiempo, orientada en persona y parcialmente desorientada en situación. Abordable y

colaboradora. Estado de ánimo fluctuante reactivo a situación ambiental. Ansiedad ideica y somática moderadas. Niega fenómenos de primer rango de Schneider. No se objetiva ideación autolítica ni tantofílica, ni planificada ni estructurada. Normorexia. Sueño conservado.

En las pruebas complementarias (hemograma, bioquímica básica, coagulación y radiología de tórax) no se detecta ningún hallazgo patológico. De igual manera en la TAC craneal se informa de: estructuras centradas en la línea media y simétricas, que tras la administración de contraste intravenoso no muestran captaciones patológicas.

EVOLUCIÓN

Tras 12 horas en observación en el Servicio de Urgencias, la paciente presentó una recuperación parcial de la memoria de fijación. Posteriormente, es dada de alta a su domicilio teniendo en cuenta que la paciente ya presentó un episodio similar tres años antes y se derivó a consultas externas del servicio de Neurología, donde se diagnosticó de AGT.

DISCUSIÓN

Nuestra paciente sufre un caso clínico típico de amnesia global transitoria, dónde vemos a una mujer, que tras una episodio de estrés emocional, comienza a realizar preguntas y a manifestar ideas repetitivas, que le provocan estar en un bucle durante varias horas; acompañado de una pérdida de memoria brusca a corto plazo, siendo su último recuerdo nítido su estancia de vacaciones, puesto que la paciente no recordaba cómo llegó al hospital, ni al personal sanitario, ni la anamnesis realizada, por lo que cada vez que el personal sanitario se dirigía a ella, se tenía que presentar de nuevo.

Ante esta situación, y siempre con la presencia de su familiar acompañante en todo momento, se debe realizar un diagnóstico diferencial (Tabla 2). Así, se descartó la existencia de un traumatismo previo que hiciese pensar en una hemorragia intracraneal secundaria. Tampoco era una mujer con problemas de enolismo crónico que hiciese pensar en una Enfermedad de Wernicke, siendo la disminución de tiamina una causa de pérdida de memoria. Nunca había sido diagnosticada de epilepsia, ni había presentado un episodio de convulsiones. También negaban fiebre los días previos a este proceso, presentando temperatura normal en el servicio de Urgencias acompañado de signos infecciosos negativos en analítica, lo que descartaba la existencia

de un proceso infeccioso como la encefalitis. La normalidad de las pruebas complementarias y la TAC realizada descartaba la patología aguda en el momento del ingreso. Una vez descartado la patología urgente, se habla con el servicio de Psiquiatría, el cual, valorando a la paciente, descarta también la existencia de patología psiquiátrica en dicho momento.

CONCLUSIÓN

Por parte del servicio de Urgencias, ante una paciente que manifieste una pérdida de memoria, hay que realizar una rigurosa anamnesis y una minuciosa exploración con aquellas pruebas complementarias que permitan descartar la existencia de patologías urgentes. Establecido un juicio diagnóstico de sospecha, en este caso de AGT, y objetivada la evolución satisfactoria de la paciente tras un período breve de observación, se solicitará la colaboración interdisciplinaria, si esta fuese necesaria, que permitirá garantizar su atención continuada en las consultas externas del servicio más relacionado, en este caso de Neurología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hodges JR, Warlow CP. Syndromes of transient amnesia: towards a classification. A study of 153 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 53 (1990), pp. 834-43. Medline
2. Toledo M, Pujadas F, Purroy F, Lara N, Quintana M, Álvarez-Sabin J. La amnesia global transitoria recurrente, una manifestación de la enfermedad isquémica cerebrovascular. *Med Clin*. 2005, 125: 361-5
3. Cabrera-Naranjo F, Saiz-Díaz RA, González-Hernández A, De la Peña-Mayor P, González de la Aleja J. Utilidad de la electroencefalografía en la valoración de la amnesia global transitoria. *Rev Neurol*. 2012; 55: 81-6
4. Arena JE, Rabinstein AA. Transient global amnesia. *Mayo Clin Proc*. 2015 Feb;90(2):264-72. Bartsch T, Deuschl G. Transient global amnesia: functional anatomy and clinical implications. *Lancet Neurol*. 2010
5. Arena JE, Rabinstein AA. Transient global amnesia. *Mayo Clin Proc*. 2015 Feb;90(2):264-72. Bartsch T, Deuschl G. Transient global amnesia: functional anatomy and clinical implications. *Lancet Neurol*. 2010
6. Fisher CM, Adams R. Transient global amnesia. *Acta Neurol Scand*. 1964; 40: 1- 83
7. Gyotat M, Courjon J. Les ictus amnésiques. *J Med Lyon*. 1956; 37: 697-701.
8. Martín-García E, Ruíz-Vargas JM. Amnesia global transitoria: una revisión .I. Aspectos clínicos. *Rev Neurol*. 2008; 46: 53-60.

TABLAS Y FIGURAS

CRITERIOS DIAGNOSTICOS CAPLAN Y HODGES.
• La presencia de una amnesia anterógrada, que es presenciado por un observador.
• No obnubilación de la conciencia o pérdida de la identidad personal.
• El deterioro cognitivo limitado a la amnesia.
• No hay signos neurológicos o epilépticas focales
• Sin historia reciente de trauma en la cabeza o convulsiones
• Resolución de los síntomas dentro de las 24 h
• Síntomas vegetativos leves (dolor de cabeza, náuseas, mareos) pueden estar presentes durante la fase aguda.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de amnesia global transitoria de Caplan y Hodges.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
• ICTUS EN REGION MEDIAL , TEMPORAL O TALAMO (I63.9)
• DELIRIUM INFECCIOSO O METABOLICO
• ENCEFALOPATIA DE WERNICKE O SINDROME DE KORSAKOFF (G31.2)
• ENFERMEDAD PSIQUIATRICA , FUGA DISOCIATIVA (F44.1) O TRANSTORNO CONVERSIVO
• MIGRAÑA (G43)
• EPILEPSIA TRANSITORIA (G40)
• ESTATUS EPILEPTICO (G 40)
• CRISIS POR HIPOGLUCEMIA (E16.2)
• SOBREDOSIS POR DROGAS O TOXICOS (T40.4) (T40.5) (T40.6)

Tabla 2. Diagnóstico diferencial en amnesia global transitoria.