

Juana T. Rodríguez-Sosa¹
Aaron Suárez-Lovelle¹
Elena Navarrete-Betancort¹
Ayoze González-Hernández²

Terapia electroconvulsiva en la demencia

¹Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

²Servicio de Neurología
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

La utilización de la Terapia electroconvulsiva (TEC) en la práctica clínica en los pacientes con síndromes demenciales sigue suscitando debate. En este caso se expone la dificultad clínica existente ante un diagnóstico diferencial entre episodio depresivo y cuadro demencial incipiente. También se valora la interrelación entre estos dos cuadros así como el posible origen etiológico común. La terapia electroconvulsiva resulta eficaz y segura en la mejora funcional en los trastornos afectivos y demenciales en pacientes de edad avanzada.

Palabras clave: Demencia frontotemporal, Terapia electroconvulsiva, TEC.

Actas Esp Psiquiatr 2013;41(3):204-7

Electroconvulsive therapy in dementia

The use of electroconvulsive therapy (ECT) in the clinical practice in patients with dementia syndromes continues to cause controversy. In this case, the clinical difficulty existing when making a differential diagnosis between depressive episodes and incipient dementia picture is presented. The interrelation between these two pictures and the possible common etiological origin are also evaluated. Electroconvulsive therapy is effective and safe in functional improvement in affective and dementia disorders in elderly patients.

Key words: Frontotemporal dementia, Electroconvulsive therapy, ECT.

INTRODUCCIÓN

La utilización en la práctica clínica de la terapia electroconvulsiva (TEC) sigue suscitando controversia, fundamentalmente debido a la idea de que ésta podría agravar la función cognitiva en pacientes con demencia. Sin embargo diversos estudios demuestran la seguridad, tolerancia y eficacia de esta técnica en el tratamiento de trastornos afectivos en pacientes ancianos con demencia.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en Pubmed incluyendo los artículos científicos sobre TEC en la demencia publicados en los últimos 10 años. Se han utilizado como términos de búsqueda electroconvulsive therapy, dementia, frontotemporal dementia y ECT. A su vez se aporta a continuación un caso clínico que ilustra el tema de revisión.

CASO CLÍNICO

Mujer de 64 años, con antecedente psiquiátrico previo de trastorno adaptativo en tratamiento actual con ISRS que presenta respuesta parcial de la sintomatología ansioso depresiva persistiendo síntomas residuales como obsesividad, ansiedad psíquica, inquietud psicomotriz y frecuentes quejas somáticas. Durante la evolución del cuadro se instauran progresivamente ideas delirantes de tipo somático y de ruina acompañadas de síntomas catatoniformes, éstos últimos de aparición brusca tales como inmovilidad motora con flexibilidad cérea, obediencia automática, mirada fija, mutismo y negativismo activo a la ingesta. La paciente requiere ingreso en la Unidad de Internamiento Breve. Se utilizan numerosas estrategias farmacológicas entre las que se incluye el tratamiento con ISRS, IRN y antipsicóticos en monoterapia y en combinación con escasos resultados. Finalmente ante la refractariedad del tratamiento se opta por la aplicación de la TEC bilateral. Se utiliza Thymatron con onda cuadrada de pulso pulsátil breve con implantación de electrodos en la zona bifrontotemporal con una impedancia de 800 ohmios con una duración total del estímulo de 3-5 sg con DGX 60%.

Correspondencia:
Juana Teresa Rodríguez Sosa
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de GC Dr. Negrín
Barranco de la Ballena s/n
35010 Las Palmas de Gran Canaria
Correo electrónico: rodriguez.teresa9@gmail.com

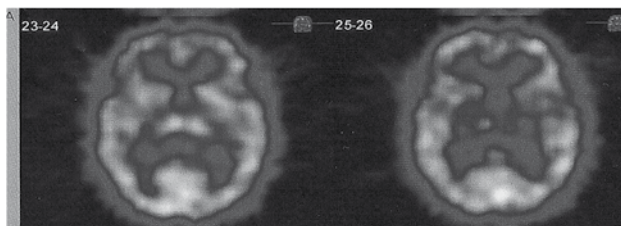


Figura 1

Las imágenes obtenidas muestran una ligera distribución heterogénea del trazador en la sustancia gris cortical, pero sin defectos valorables de la perfusión que orienten hacia un patrón de demencia degenerativa y/o vascular

Se monitoriza las constantes, se administra oxígeno al 100% se registra EEG y ECG consiguiendo un tiempo de convulsión medido por EEG mayor de 30sg considerándose eficaz. Durante la aplicación de la técnica se le administra inicialmente tratamiento anticolinérgico con succinilcolina 20 mg/ IV así como un anestésico, propofol 1,5 mg/ kg/ IV con tolerancia terapéutica. La paciente presenta mejoría en la cuarta de 8 sesiones. Es diagnosticada como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Posteriormente en 2 ocasiones y seguidas de un corto periodo de tiempo es necesario nuevamente el ingreso por un cuadro de similares características con predominio de sintomatología catatónica que llega a comprometer su vida. En estos dos ingresos es necesario nuevamente el tratamiento con TEC con la aplicación de 8 sesiones La paciente presenta mejoría en la cuarta sesión en ambas ocasiones. Durante el periodo de tratamiento con TEC la paciente sigue tratamiento con sertralina 100mg/día, quetiapina 200mg/día, La buena respuesta inicial al TEC, la mejoría con psicofármacos y la falta de evidencia tanto de hallazgos significativos en pruebas de imagen TAC, SPECT como en los tests neuropsicológicos (Mini-mental, test del reloj, test de fluencia semántica) parecen confirmar el diagnóstico previo de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (Figura 1).

La evolución posterior del cuadro tras la mejoría inicial es tórpida con la aparición progresiva e insidiosa de bradipsiquia, aumento de latencia de respuesta, empobrecimiento del lenguaje, intensa apatía que se valora como síntomas de etiología afectiva en el contexto de una pseudodemencia depresiva. Se vuelve a realizar un SPECT con una diferencia temporal de un año desde el inicial sin hallazgos significativos. Posteriormente con la aparición de descontrol de esfínteres y con la impresión clínica de la existencia de un posible deterioro cognitivo se consulta al Servicio de Neurología y se le realiza un tercer SPECT dos años más tarde desde el primero en el que finalmente se observa una hipoperfusión frontal y temporal (Figura 2).

La paciente durante este periodo de tiempo ha estado con diversos ISRS y un antipsicótico atípico a dosis bajas con pobre respuesta. Se inicia tratamiento con memantina 20 mg/día. La paciente vuelve a ingresar aproximadamente 1 año más tarde, esta vez en Medicina Interna por la presencia de síntomas catatónicos recurrentes que le abocan a un deterioro físico evidente con el predominio de un cuadro confusional en el contexto de una infección de orina. Finalmente la paciente es diagnosticada de demencia frontotemporal aproximadamente 3 años tras el inicio de la clínica.

DISCUSIÓN

Los cuadros depresivos son frecuentes en los estadios iniciales de las demencias y alcanzan una prevalencia del 15% como primera manifestación de la demencia¹. Los cuadros demenciales y afectivos son los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes en población geriátrica y suponen un gran reto diagnóstico para el clínico debido a la concurrencia sintomática y temporal de ambos en numerosas ocasiones. Según el *Cardiovascular Health Study*, la gravedad de síntomas depresivos iniciales predice de forma independiente la aparición de deterioro cognitivo leve 6 años después², y múltiples estudios longitudinales sostienen que los síntomas depresivos de características crónicas predicen deterioro en el estado cognitivo general, memoria episódica,

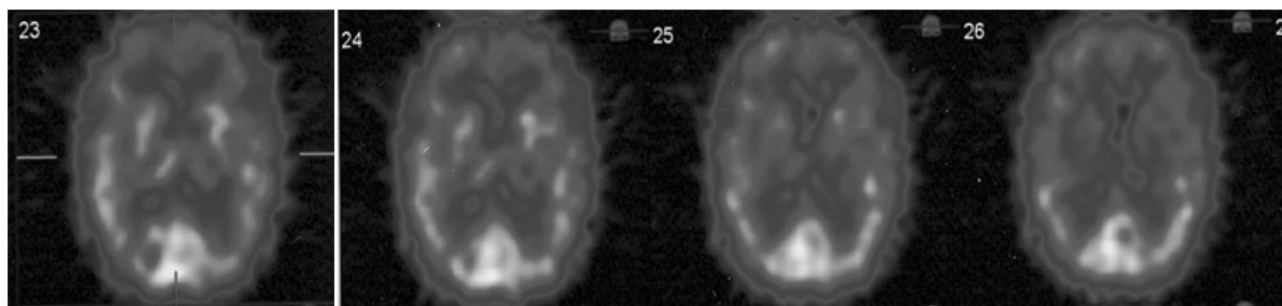


Figura 2

Las imágenes obtenidas muestran una distribución ligeramente heterogénea del trazador en la sustancia gris cortical, con una discreta hipoperfusión frontal bilateral, y menos evidente en el temporal izquierdo

habilidad visuoespacial, velocidad de procesamiento, función ejecutiva³. A su vez existen trabajos en la literatura que describen una disminución del volumen hipocampal en cuadros depresivos crónicos⁴. La "pseudodemencia depresiva", concepto de la Psiquiatría clásica acuñado por Kiloh (1961), cuya decadencia ya se apunta en el *Journal of Psychiatry*⁵, refleja cómo la clínica depresiva actúa como elemento confusor que enmascara con frecuencia un cuadro demencial. Por tanto existe una alta probabilidad de solapamiento entre ellos en la historia de un paciente geriátrico¹.

Existen estudios actualmente que intentan diferenciar los cambios cognitivos observados en trastornos afectivos de los que se encuentran en demencias incipientes, como la versión española del *Addenbrooke's Cognitive Examination* (ACE)⁶. Por otro lado la mejoría de la sintomatología con TEC nos lleva a considerar esta técnica como una posibilidad dentro del manejo terapéutico. La utilización de la TEC está establecida como una práctica segura e indicación en el tratamiento de la depresión mayor refractaria a tratamiento y de otros trastornos psiquiátricos tales como ideación suicida aguda, episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos, catatonía, tal y como se recoge en la guía CANMAT⁷. La TEC ha obtenido incluso mejores resultados que los obtenidos en adultos jóvenes con el mismo diagnóstico con una acción más inmediata que la ofrecida por los psicofármacos^{8,9}. Sin embargo el debate se encuentra actualmente en la posibilidad de hacer extensivo la utilización de la TEC a otros cuadros neurológicos. Se han descrito buenos resultados del tratamiento con TEC en pacientes con demencia por cuerpos de Lewy con trastorno depresivo mayor¹⁰, con trastorno depresivo mayor y manía en demencia avanzada¹¹, en pacientes con demencia de tipo Alzheimer y agitación refractaria al tratamiento¹²⁻¹⁴, en las demencias frontotemporales con síntomas catatónicos¹⁵, e incluso en un síndrome de Cotard en el contexto de una demencia frontotemporal¹⁶. La posibilidad del deterioro cognitivo tras la administración de TEC es transitoria y leve e independiente del diagnóstico psiquiátrico que el paciente presente incluso en pacientes con demencia establecida tal y como demuestran varios estudios¹⁷. No obstante, se propone ya en las guías la importancia de monitorizar el estado neurocognoscitivo de los pacientes antes y después del tratamiento. Se recomienda asimismo en estos casos el uso de técnicas unilaterales, que reducen los efectos secundarios de tipo cognitivo, espaciar las sesiones, aplicar el menor número imprescindible de éstas.

En resumen, el caso ilustra el complejo manejo derivado del solapamiento en una paciente sexagenaria de un cuadro depresivo con síntomas psicóticos refractario al tratamiento psicofarmacológico, que experimentó mejoría clínica tras aplicación de TEC, asociado a un deterioro cognitivo de evolución rápidamente progresiva, que finalmente llegó a filiarse como demencia frontotemporal. La concurrencia de disfunciones ejecutivas y sintomatología similar en ambos trastornos puede llegar a constituir un auténtico reto diag-

nóstico en la práctica médica incluso llegar a plantear la posibilidad etiológica de que se trate de un mismo cuadro. Se plantea también a través de la comunicación de este caso el hecho de que las pruebas de imagen utilizadas en la práctica clínica para confirmar la sospecha deterioro cognitivo presentan limitaciones en cuanto a sensibilidad y especificidad, pudiendo no resultar reveladoras hasta que el proceso orgánico se halla en fases avanzadas. Asimismo, ratificamos los beneficios terapéuticos y gran seguridad de la TEC –aguda y de mantenimiento– en la mejoría de los síntomas afectivos, conductuales y cognitivos secundarios a la depresión grave, en aquellos casos refractarios al manejo médico en pacientes geriátricos con y sin demencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ridruejo P. Sistemática de la relación nosológica depresión-demencia (toward a systematic of the nosological relation between depression-dementia). 4º Congreso de Psiquiatría. Interpsiquis. 2003.
2. Butters MA, Young JB, Lopez O, Aizenstein HJ. Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008 September;10(3):345-57.
3. Li GE, Wang LY, Shofer JB, Thompson ML. Temporal relationship between depression and dementia: findings from a large community-based 15-year follow-up study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 September;68(9):970-7.
4. Steffenes DC, McQuoid DR, Payne ME, Potter GG. Change in hippocampal volume on magnetic resonance imaging and cognitive decline among older depressed and nondepressed subjects in neurocognitive outcomes of depression in the elderly study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 January;19(1):4-12.
5. Wagner GS, McClintock SM, Rosenquist PB, McCall WV, Kahn DA. Clinical Case Discussion Major Depressive Disorder with Psychotic Features May Lead to Misdiagnosis of Dementia: A Case Report and Review of the literature. *J Psychiatr Pract*. 2011 Nov;17(6):432-8.
6. Roca M, Torralba T, López P, Marengo J, Cetkovick M, Manes F. Diferenciación entre demencias en estadio inicial y depresión utilizando la versión española del Addenbrooke's Cognitive Examination. *Rev Neurol*. 2008;46(6):340-3.
7. Kennedy SH, Milev R, Giacobbe P, Ramasubbu R, Lam RW, Parikh SV, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies. *J Affect Disord*. 2009;177(suppl 1):44-53.
8. Hausner L, Damian M, Sartorius A, Frölich L. Efficacy and cognitive side effects of electroconvulsive therapy (ECT) in depressed elderly inpatients with coexisting mild cognitive impairment or dementia. *J Clin Psychiatry*. 2011 Jan;72(1):91-7.
9. Van Schaik AM, Comijs HC, Sonnenberg CM, Beekman AT, Sienart P, Stek ML. Efficacy and safety of continuation and maintenance electroconvulsive therapy in depressed elderly patients: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012 Jan;20(1):5-17.
10. Wijkstra J, Nolen WA. Successful maintenance electroconvulsive therapy for more than seven years. *J ECT*. 2005;21(3):171-3.
11. Weintraub D, Lippmann SB. ECT for major depression and mania with advanced dementia. *J ECT*. 2001;17(1):65-7.
12. Wu Q, Prentice G, Campbell JJ. ECT treatment for two cases of

- dementia-related aggressive behavior. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2010 Spring;22(2):E10-11.
13. Ujkaj M, Davidoff D, Seiner SJ, Ellison JM, Harper DG. Safety and efficacy of electroconvulsive therapy for the treatment of agitation and aggression in patients with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012 Jan;20(1):61-72.
 14. Sutor B, Rasmussen KG. Electroconvulsive therapy for agitation in Alzheimer disease: a case series. *J ECT*. 2008 Sep;24(3):239-41.
 15. Suzuki K, Takano T, Matsuoka H. A case of catatonia resembling frontotemporal dementia and resolved with electroconvulsive therapy. *World J Biol Psychiatry*. 2009;10(3):245-7.
 16. Fazzari G, Benzoni O, Sangaletti A, Bonera F, Nassini S, Mazzarini L, et al. Improvement of cognition in a patient with Cotards delusions and frontotemporal atrophy receiving electroconvulsive therapy (ECT) for depression. *Int Psychogeriatr*. 2009 Jun;21(3):600-3.
 17. Porter R, Hennen H, Reeves J. Original study: early effects of ECT on cognitive function. *J ECT*. 2008 Mar;24(1):35-9.