

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE MEDICINA



Trabajo terminal
Para obtener el diploma de especialidad de:
PSIQUIATRIA

PRESENTA:
C. Frida Anayanzi Ponce Tequida

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL:
Dr. Juan Carlos Gurrola Flores

**Procesos neurodegenerativos como diagnóstico diferencial del
Trastorno afectivo bipolar de inicio tardío. Análisis de casos
clínicos**

Mexicali, B.C., Febrero del 2025



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICALI
COORDINACIÓN DE INVESTIGACION Y POSGRADO

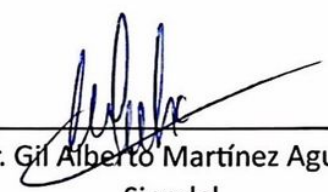
CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACION
DE LA FASE ESCRITA DEL TRABAJO TERMINAL

Mexicali, B.C., a 17 de febrero de 2025

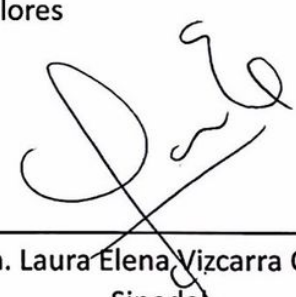
Los abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del trabajo terminal titulado "Procesos neurodegenerativos como diagnóstico diferencial del Trastorno afectivo bipolar de inicio tardío. Análisis de casos clínicos", que para obtener el diploma de Especialidad en Psiquiatría, presenta la C. Frida Anayanzi Ponce Tequida, hemos resuelto APROBADO



Dr. Juan Carlos Gurrola Flores
Presidente



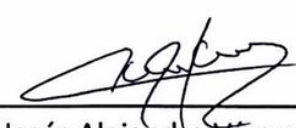
Dr. Gil Alberto Martínez Aguirre
Sinodal



Dra. Laura Elena Vizcarra Carrasco
Sinodal



Dra. Gilda Raquel Corpus Campos
Sinodal



Dr. Jesús Alejandro Vázquez Rojas
Secretario

PARTICIPANTES

Investigador principal

- ❖ **Nombre:** Frida Anayanzi Ponce Tequida
- ❖ **Categoría:** Médico residente de Psiquiatría del IPEBC
- ❖ **Correo electrónico:** fridaponce1216@gmail.com
- ❖ **Teléfono:** 664 3863804

Asesor teórico

- ❖ **Nombre:** Wendy Lizbeth Villeda Martínez
- ❖ **Categoría:** Médico Psiquiatra Adscrito al IPEBC
- ❖ **Correo electrónico:** villedaw@uabc.edu.mx
- ❖ **Teléfono:** 664 4965610

Asesor metodológico

- ❖ **Nombre:** Jesús Alejandro Vázquez Rojas
- ❖ **Categoría:** Médico Psiquiatra Adscrito al IPEBC
- ❖ **Correo electrónico:** psiq.alex.vr@gmail.com
- ❖ **Teléfono:** 55 22421053

ÍNDICE

1. Planteamiento del problema.....	6
1.1. Problematización.....	6
1.2. Preguntas de investigación.....	7
1.3. Objetivos de la investigación.....	8
1.4. Justificación.....	8
2. Antecedentes.....	10
3. Marco teórico.....	12
4. Metodología de la investigación.....	21
4.1. Diseño de la investigación.....	21
4.2. Participantes.....	21
4.3. Criterios de selección.....	21
4.4. Presentación de variables.....	21
4.5. Instrumentos.....	23
4.6. Procedimiento.....	23
4.7. Limitaciones.....	24
4.8. Análisis estadístico.....	24
4.9. Cronograma.....	25
5. Fuentes de financiamiento.....	26
5.1. Recursos materiales.....	26
5.2. Financiamiento.....	26
5.3. Infraestructura.....	26
5.4. Recursos humanos.....	26
6. Descripción de casos clínicos.....	27

7. Discusión.....	40
8. Conclusiones.....	45
9. Anexos.....	47
10. Referencias bibliográficas.....	50

1. Planteamiento del problema

1.1 Problematicación: “Los trastornos afectivos bipolares incluyen varios trastornos de la emoción, la energía y el pensamiento que se caracterizan por episodios anímicos bifásicos de manía, hipomanía, depresión y/o mixtos, y se expresan como episodios recurrentes de cambios en los niveles de energía y del comportamiento”¹. Constituyen un grave problema de salud pública, al ser de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, generando en el individuo que lo padece un marcado deterioro cognitivo y funcional, además de aumentar la mortalidad, en particular por suicidio u otras comorbilidades médicas mal tratadas².

El inicio de los síntomas suele aparecer en la adultez temprana, estimándose que cerca del 70% de los individuos los presentarán antes de los 30 años, aunque a un tercio de los pacientes se les realizará el diagnóstico e instaurará un tratamiento adecuado hasta llegar a la vejez³. Debido a la propia evolución natural de la enfermedad, suele ser difícil establecer el diagnóstico, confundiéndose habitualmente con otro trastorno psiquiátrico u otra entidad patológica propia de dicho grupo etario, como lo son los problemas metabólicos, vasculares, procesos infecciosos, patologías neurodegenerativas o el consumo de diversos fármacos, enfocado a tratar comorbilidades médicas, siendo necesario realizar una valoración completa que incluya paraclínicos y toma de neuroimágenes, para poder descartar alguna etiología orgánica reversible⁴. Cabe mencionar que, según la literatura actual se ha descrito que los trastornos neurodegenerativos, incluidos la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia frontotemporal, etc., pueden ser una comorbilidad común o incluso un factor etiológico de cuadros maníacos, en aquellos pacientes a quienes se les realiza diagnóstico de trastorno bipolar de inicio tardío de forma errónea.

Desde el inicio del siglo pasado los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales, aunados a los avances en el campo de la atención médica, han ido transformando las características de México y han influido en el incremento de la esperanza de vida, lo cual contribuye a la progresiva mayor prevalencia de adultos mayores que viven con trastorno afectivo bipolar, tanto de inicio temprano como de inicio tardío⁵; haciendo necesario incrementar los esfuerzos por parte del gremio médico y el presupuesto por parte de las autoridades sanitarias para brindarle a los pacientes una atención adecuada.

En nuestro medio, no es posible encontrar literatura que describa las características socio-demográficas y clínicas, así como la evolución de los síntomas y los posibles tratamientos, en aquellos pacientes a los que se les diagnostica trastorno afectivo bipolar en la vejez, haciendo de esta investigación indispensable, para poder adoptar políticas eficaces en la formulación de programas de atención enfocados a esta población.

1.2 Pregunta de investigación:

Pregunta de investigación general:

- ¿Cuáles son los principales procesos neurodegenerativos que condicionan cuadros maniatiformes y requieren se realice el diagnóstico diferencial con el trastorno afectivo bipolar de inicio tardío?

Preguntas de investigación específicas:

- ¿Cuáles son las características clínicas presentes en los pacientes con trastorno neurocognitivo mayor que hacen sospechar un trastorno psiquiátrico primario?
- ¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas presentes en los pacientes a los que se les diagnostica trastorno afectivo bipolar de inicio tardío?
- ¿Cuáles son las principales comorbilidades médicas en los pacientes a los que se les diagnostica trastorno afectivo bipolar de inicio tardío?

1.3 Objetivos de la investigación:

Objetivo general:

- Conocer las características clínicas de los procesos neurodegenerativos que se manifiestan como cuadros maniatiformes, sugiriendo un posible trastorno afectivo bipolar de inicio tardío.

Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los casos clínicos a evaluar.
- Identificar factores predisponentes (antecedentes heredofamiliares y antecedentes personales patológicos) de los casos clínicos a evaluar.
- Identificar las características clínicas del trastorno afectivo bipolar presentes en los casos clínicos a evaluar.
- Identificar las alteraciones en estudios paraclínicos o de gabinete presentes en los casos clínicos a evaluar.
- Identificar y describir los posibles diagnósticos diferenciales de los casos clínicos a evaluar.

1.4 Justificación: El trastorno afectivo bipolar (TAB) es una de las patologías psiquiátricas más comunes a nivel mundial; en el 2019 la Organización mundial de la salud (OMS) reportó que existen un alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo con dicho trastorno, estimando una prevalencia del 2-3% en la población mundial⁶. Pero lo que no es tan conocido, es que el 25-30% de todos los pacientes bipolares son adultos mayores, y se espera que el número absoluto de pacientes bipolares geriátricos aumente a medida que la población envejezca en las próximas décadas⁷. Hablando en específico del TAB en la vejez, la prevalencia en la población general que se encuentra en un entorno comunitario es del 0.1%, pero en los entornos institucionales asciende hasta alcanzar tasas del 10%⁸.

El incremento de la prevalencia conlleva a un incremento en las necesidades de atención médica, que incluye un mayor número de consultas ambulatorias y un mayor número de ingresos hospitalarios en centros psiquiátricos de estancia breve, además de que incrementa el riesgo de institucionalización de forma permanente en asilos o unidades asistenciales para el cuidado de adultos mayores.

Aunque no se conoce la causa exacta de cómo se desarrolla el TAB de inicio temprano, se piensa que, en los pacientes con trastorno bipolar de inicio en la vejez, su aparición es secundaria a una causa orgánica, especialmente a una afección del sistema nervioso central. Múltiples autores han asociado el inicio de síntomas maniatiformes en la vejez con trastornos neurológicos que comprometen la integridad de los circuitos límbicos, estriatales y prefrontales, padecimientos neurodegenerativos como las demencias⁹, haciendo necesario el realizar un estudio exhaustivo en esta población para descartar una etiología orgánica subyacente.

Cabe mencionar que los individuos que padecen este trastorno tienen mayor riesgo de presentar otras comorbilidades médicas y/o psiquiátricas que nublan aún más su pronóstico, incrementando gravemente el riesgo de mortalidad a corto y mediano plazo, razón por la que es necesario que incrementemos nuestro conocimiento sobre las enfermedades específicas de este grupo etario, para lograr diagnosticarlas de forma oportuna, logrando minimizar los ingresos hospitalarios o las institucionalizaciones de larga estancia, haciendo de esta investigación indispensable para dichos propósitos.

2. Antecedentes

La estimación de la prevalencia durante 12 meses del TAB en la zona de Estados Unidos es de 0.6%, y en el resto del mundo es del 1.0%, aunque en algunos países asciende hasta el 1.6%¹⁰. En México los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en cuanto a la manía y la hipomanía del trastorno bipolar (en todas las edades) muestran una tasa en el último año de 0.9% y 1.1% respectivamente¹¹, cifras que se considera con inferiores a las reales. Uno de los problemas para la evaluación de la magnitud del TAB es el diagnóstico inadecuado por una mala clasificación o por falta de identificación de la condición clínica, problemática que es aún mayor al hablar sobre los adultos mayores.

Según las investigaciones recientes se estima que aproximadamente el 25% de los pacientes que cuenta con el diagnóstico TAB en el mundo tienen más de 60 años, contando aquellos que se les realizó el diagnóstico en la adultez joven o aquellos de recién inicio en la vejez¹². A pesar de eso la incidencia de los trastornos afectivos en la vejez (y aún más el TAB de inicio tardío) puede subestimarse fácilmente, ya que los criterios diagnósticos establecidos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) tienen aplicabilidad limitada a este grupo etario. La evidencia disponible indica que se espera que el número total de adultos mayores que viven con el diagnóstico de TAB aumente significativamente en las próximas décadas. Cabe mencionar que, según estudios observacionales, entre los años de 1980 y 1998 la frecuencia del TAB en la vejez aumentó del 1% al 11%¹³.

Según el grupo de trabajo de la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares (ISBD, por sus siglas en inglés), el "trastorno bipolar de la vejez" se define como un cuadro clínico que cumple con los criterios para establecer el diagnóstico de TAB en personas ≥ 50 años de edad. Una cuarta parte de

todos los casos de TAB ocurren entre personas ≥ 60 años y $>10\%$ de los casos ocurren entre personas ≥ 70 años¹⁴.

El TAB en la vejez tiene una prevalencia global de 0.1% a 0.5% y una prevalencia de por vida de 0.5% a 1.0%. Entre los adultos mayores a los que se les diagnostica algún trastorno del estado de ánimo, entre el 10 % y el 25 % tienen TAB. La manía de nueva aparición en edad avanzada ocurre en aproximadamente el 10%, y frecuentemente es secundario a enfermedad neurovascular¹⁵.

De entre todos los adultos mayores que acuden solicitando atención en un servicio de urgencias psiquiátricas, 17% de los casos es debido a complicaciones asociadas al TAB. Además, se sabe que del 8% al 10% de los ingresos hospitalarios (específicamente pacientes geriátricos) son debido a TAB y el 6% de las citas en los servicios de consulta externa psiquiátrica son de personas con TAB de inicio tardío. Entre los individuos que viven en centros psiquiátricos de larga estancia para adultos mayores, la prevalencia del dicho diagnóstico es de 17.4%. Se observado que el 3-9.7% del total de pacientes que residen en asilos u hogares intermedios de asistencia del adulto mayor padecen de TAB.¹⁶.

Lamentablemente no existen muchos datos estadísticos (a nivel nacional e internacional) debido a que las investigaciones realizadas en la mayoría de los países, se basan exclusivamente en poblaciones jóvenes de edad reproductiva.

3. Marco teórico

Trastorno afectivo bipolar: El trastorno afectivo bipolar es una enfermedad crónica cuya característica particular son los episodios alternos de manía y depresión, o episodios con síntomas de ambos polos denominados mixtos, que repercuten en el funcionamiento global¹⁷. El inicio de los síntomas suelen ser en la adultez temprana, estimándose que cerca del 90% de los individuos con TAB lo desarrollará antes de los 50 años de edad. Sin embargo se han descrito tres subgrupos de TAB de acuerdo a la edad de inicio: con inicio precoz (≤ 20 años), inicio intermedio (>20 a ≤ 30 años), e inicio tardío (>30 años), y aunque algunos han propuesto solo dos subgrupos (de inicio precoz y tardío)¹⁸.

Históricamente, se pensaba que los trastornos del estado de ánimo eran el resultado de un desequilibrio en los sistemas de neurotransmisores monoamínicos, incluidas las vías serotoninérgica, noradrenérgica y, en particular, dopaminérgica. Sin embargo, no se ha identificado ninguna disfunción singular en estos sistemas. Los estudios actuales se centran más en la modulación de la plasticidad sináptica y neural en regiones del cerebro, como la corteza prefrontal, el hipocampo, la amígdala y otras regiones del sistema límbico. Investigación neurobiológica basada en la noción de curso progresivo de los trastornos bipolares, descrito por primera vez por Kraepelin, engloba el concepto de neuroprogresión. La neuroprogresión abarca el "recableado" patológico del cerebro que se produce en paralelo al deterioro clínico y neurocognitivo durante el curso de los trastornos bipolares. Se han propuesto varias hipótesis para explicar este concepto de neuroprogresión de los trastornos bipolares, dentro de las que destacan:

- ❖ **“Hipótesis de kindling”** que especula que las alteraciones en la plasticidad cerebral conducen a una sensibilización gradual a los factores estresantes, lo que aumenta la vulnerabilidad a la recurrencia de episodios.

- ❖ **“Hipótesis alostática”** propone que el estrés neurobiológico repetido, requiere ajustes biológicos que pueden aumentar la carga alostática, aumentando el riesgo de nuevos episodios, y precipitando o acelerando la enfermedad¹⁹.

En el DSM-5, el trastorno bipolar y trastornos asociados, están separados de las enfermedades del espectro de la esquizofrenia, y de los trastornos depresivos (aunque se reconoce su condición de “puente” entre estos dos grupos de trastornos). Sin embargo, en el CIE-10, el trastorno bipolar se clasifica en el bloque de trastornos del estado de ánimo, junto con los trastornos depresivos²⁰.

En el DSM-5, los trastornos bipolares se subclasifican en trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, ciclotimia y categorías residuales de formas atípicas que no encajan en los subtipos mencionados.

- ❖ Trastorno bipolar tipo I: Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maniaco. La aparición de episodios hipomaniacos o de depresión mayor no se explican mejor por un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.
- ❖ Trastorno bipolar tipo II: Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaniaco y al menos para un episodio de depresión mayor. Nunca ha habido un episodio maniaco. La aparición de los episodios hipomaniacos o de depresión mayor no se explican mejor por un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. Los síntomas de depresión o la incertidumbre causada por la alternancia frecuente de periodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- ❖ Trastorno ciclotímico: El trastorno ciclotímico se caracteriza por una inestabilidad persistente del estado de ánimo durante al menos dos años, que implica numerosos períodos hipomaniacos y síntomas depresivos que están presentes durante más tiempo del que no. La sintomatología hipomaniaca o depresiva, puede o no ser lo suficientemente grave o

prolongada para cumplir todos los requisitos de definición de un episodio hipomaniaco o depresivo.

- ❖ Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica: Un período importante y persistencia de estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía que predomina en el cuadro clínico y existe evidencia (mediante el expediente clínico, paraclínicos o estudios de gabinete) que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica subyacente²¹.

Criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5

Episodio maniaco

- A. Un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía que dura como mínimo 1 semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier tiempo si se necesita de hospitalización).
- B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen 3 (o más) de los síntomas siguientes (4 si solo se encuentra irritable) en un grado significativo y representa un cambio notorio del comportamiento habitual:
 - 1. Aumento del autoestima o sentimiento de grandeza.
 - 2. Disminución de la necesidad de dormir.
 - 3. Más hablador de lo usual o presión por mantener la conversación.
 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 - 5. Facilidad de distractibilidad según se informa o se observa.
 - 6. Aumento de la actividad dirigida a un objeto (social, laboral, escolar o sexual) o presencia de agitación psicomotriz.
 - 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas.
- C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.
- D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para un episodio maniaco establecidos por el DSM-5²²

Episodio hipomaniaco

- A. Un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía que dura como mínimo 4 días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
- B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen 3 (o más) de los síntomas siguientes (4 si solo se encuentra irritable) en un grado significativo y representa un cambio notorio del comportamiento habitual:
 - 1. Aumento del autoestima o sentimiento de grandeza.
 - 2. Disminución de la necesidad de dormir.
 - 3. Más hablador de lo usual o presión por mantener la conversación.
 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 - 5. Facilidad de distractibilidad según se informa o se observa.
 - 6. Aumento de la actividad dirigida a un objeto (social, laboral, escolar o sexual) o presencia de agitación psicomotriz.
 - 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas.
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante en el funcionamiento social laboral, o para necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maniaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

Tabla 2. Criterios diagnósticos para un episodio hipomaniaco establecidos por el DSM-5²³

Episodio depresivo mayor

- A. 5 o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de 2 semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida del interés o placer:
 - 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 - 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
 - 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 - 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Tabla 3. Criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor establecidos por el DSM-5²⁴

Es un hecho conocido que el trastorno bipolar de inicio tardío es clínicamente más complejo en relación con un trastorno afectivo bipolar de inicio temprano. El TAB de inicio tardío es bien diferenciado del resto de cuadros bipolares por su menor tiempo de evolución, menos antecedentes de consumo de drogas previo a los síntomas, mayor comorbilidad médica, menos intentos de suicidio y menores antecedentes familiares de enfermedad mental²⁵.

Los factores etiopatogénicos en la expresión del trastorno bipolar geriátrico suelen ser multifactoriales, incluyendo causas genéticas, comorbilidad médica, daño neurológico, estilo de vida y estrés. Múltiples revisiones remarcan constantemente la relación que existe entre la aparición tardía del TAB y una mayor carga médica, principalmente una alteración neurológica preexistente²⁶. En la mayoría de los casos el motivo del cuadro clínico (principalmente los síntomas maniatiformes) presentes en aquellos pacientes a quienes se les realizó el diagnóstico de TAB de inicio tardío, es una patología neurodegenerativa subyacente, pero debido a que los síntomas psiquiátricos son más evidentes que los neurológicos, y a que la mayoría de ellos no pueden someterse a un protocolo diagnóstico a profundidad, no se logra diagnosticar adecuadamente. A pesar de eso se sabe que múltiples trastornos neurodegenerativos, como lo son las demencias, suelen causar episodios maníacos de gran relevancia clínica²⁷.

Las personas con TAB de inicio tardío también presentan más condiciones comórbidas, incluidos trastornos cardiovasculares, respiratorios, endócrinos y metabólicos. Estos individuos a menudo

presentan un promedio de 3 a 4 condiciones médicas comórbidas. Estas condiciones comórbidas también empeoran los resultados respecto a la evolución clínica, incluido el riesgo de suicidio. En comparación con los pacientes con TAB de inicio temprano, los pacientes con TAB de inicio tardío a menudo presentan una mayor asociación con la enfermedad cerebrovascular y otros trastornos neurológicos. Es frecuente encontrar hiperintensidades de la sustancia blanca en las áreas cerebrales frontal, parietal y putamen, además de que se evidencia ensanchamiento del surco cortical y de relación ventrículo-lateral²⁸, en pacientes con TAB de inicio tardío. Es por esta razón, que estamos obligados a descartar causas orgánicas, principalmente patologías neurodegenerativas comórbidas.

Demencia: Es un síndrome, generalmente de naturaleza crónica y progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal²⁹.

La demencia, por lo tanto, incluye trastornos progresivos crónicos con cambios cognitivos y conductuales distintivos, síntomas y signos neurológicos y cambios en las neuroimágenes. Las cuatro causas más comunes de demencia primaria son la enfermedad de Alzheimer, la demencia frontotemporal, la demencia vascular y la demencia con cuerpos de Lewy³⁰. En esta investigación abordaremos principalmente la demencia vascular y la demencia frontotemporal, como causas frecuentes de manía secundaria.

❖ Demencia vascular: El término de demencia vascular comprende a todas aquellas demencias secundarias a una o varias lesiones vasculares cerebrales, de cualquier etiología.

El término de demencia vascular incluye las siguientes entidades patológicas:

- **Demencia multi-infarto:** Demencia secundaria a la repetición de infartos corticales en el territorio de arterias de calibre mediano o grande. Es la forma de demencia vascular que más se ajusta al patrón clásico de demencia de inicio agudo y evolución escalonada con empeoramientos relacionados con nuevos eventos vasculares.

- Demencia por infarto estratégico: Demencia debida a un infarto en una localización tal que afecta a varias funciones cognitivas.
- Demencia vascular subcortical: Acumulación de infartos lagunares o lesiones vasculares de la sustancia blanca periventricular y profunda por enfermedad de los vasos pequeños, habitualmente hipertensiva; también puede ser diabética, por angiopatía amiloide, etc.
- Demencia post-ictus: Cualquier tipo de demencia que se desarrolla después de un ictus.
- Demencia mixta: hallazgo anatomopatológico más frecuente en los estudios poblacionales de demencia es la combinación de distintas alteraciones (amiloidopatía, sinucleinopatía, taupatía y enfermedad vascular). El término demencia mixta se aplica habitualmente a la combinación de Enfermedad de Alzheimer y enfermedad vascular³¹.

❖ Demencia Frontotemporal: Las demencias frontotemporales (DFT), son un grupo de enfermedades neurodegenerativas caracterizadas por cambios importantes en la conducta o pérdida progresiva del lenguaje asociados con alteraciones patológicas localizadas en los lóbulos temporales y frontales del cerebro. El término degeneración lobar frontotemporal (DLFT) se utiliza para aquellos pacientes que clínicamente presentan la enfermedad y tienen evidencia genética o histopatológica de DFT. El espectro clínico incluye 3 variantes clínicas:

- Demencia frontotemporal variante conductual (DFTvc): Es la variante más común, al representar el 50% de los casos. Se observan cambios sutiles en la personalidad y la conducta que progresan con el tiempo. La apatía es el síntoma inicial más común, aunque también se producen pérdida en la empatía y simpatía hacia los demás, conductas obsesivas y estereotipadas, y cambios en la dieta como glotonería y preferencia por los alimentos dulces. Los pacientes afectados muestran dificultad para la resolución de problemas y para tener flexibilidad mental, y el razonamiento abstracto también se encuentra alterado. Algunos pacientes pueden manifestar síntomas psicóticos como ilusiones y alucinaciones,

con cierta frecuencia se desinhiben y se muestran hipersexuales, y hacen comentarios inapropiados en momentos inadecuados, semejando episodios maniacos.

- Afasia progresiva primaria variante semántica (APPvs): Esta variable también se asocia a síntomas relacionados con el lenguaje, particularmente la presencia de anomia. Los pacientes pueden tener un discurso fluente, estructurado desde el punto de vista sintáctico y fonológico, pero tienen problemas para darle significado a las palabras. Conforme avanza la enfermedad van perdiendo la capacidad de darle la traducción conceptual a los objetos. Conservan la memoria, la orientación visuoespacial y la memoria autobiográfica, pero no expresan parafasias fonémicas, como ocurre en la variante no fluente.
- Afasia progresiva primaria variante no fluente (APP no fluente): Es un desorden frecuentemente asociado a una atrofia asimétrica, generalmente mayor del hemisferio izquierdo en comparación con el derecho. Los pacientes con esta variante conservan la memoria, la función visuoespacial y su comportamiento, pero tienen pérdida progresiva en la capacidad para la expresión verbal. El habla no es fluida y se lentifica, se producen agramatismos, parafasias fonológicas, apraxia en el discurso, anomia y les cuesta encontrar las palabras adecuadas³².

De acuerdo a la presentación clínica (fenotipo) se puede inferir el genotipo. La variante conductual se puede asociar a mutaciones en cada uno de los genes. Sin embargo, en pacientes con la mutación en MAPT la desinhibición conductual es la característica, mientras que con la mutación en granulina (GRN) y C9orf72 la apatía es la manifestación típica. Las mutaciones en GRN están asociadas con la variante no fluente en un tercio de los casos, dejando los otros dos tercios para la variable conductual. Las características psicóticas son más frecuentes en pacientes con expansiones en C9orf72.

Criterios diagnósticos de DFTvc

DFTvc posible: Síntomas persistentes o recurrentes de las siguientes manifestaciones. Al menos 3 de los siguientes síntomas:

- ❖ Conducta desinhibida al inicio de la enfermedad (al menos uno de los siguientes):
 - Comportamiento social inadecuado.
 - Pérdida de modales o conductas de comportamiento social.
 - Acciones impulsivas o precipitadas.
- ❖ Apatía o inercia de la enfermedad (al menos uno):
 - Apatía.
 - Inercia.
- ❖ Pérdida de empatía o simpatía (al menos uno):
 - Respuesta disminuida a las necesidades o sentimientos de otras personas.
 - Disminución del interés por actividades sociales, interrelaciones o calidez personal.
- ❖ Comportamiento perseverativo, estereotipado o compulsivo/ritualista (al menos uno):
 - Movimientos simples repetidos.
 - Comportamiento ritualista, complejo o compulsivo.
 - Estereotipia del lenguaje.
- ❖ Hiperoralidad y cambio de las costumbres alimenticias (al menos uno):
 - Atracones.
 - Exploración bucal o consumo de objetos no comestibles.
- ❖ Perfil neuropsicológico alterado, con todos los siguientes:
 - Preservación relativa de la memoria episódica.
 - Preservación de las habilidades visoespaciales.

DFTvc probable: Todos los siguientes puntos deben estar presentes:

- ❖ Cumplen con criterios para DFTvc posible
- ❖ Deterioro funcional significativo
- ❖ Estudios de imagen consistentes con DFT (al menos uno):
 - Atrofia frontal o temporal en RM o TAC de cráneo.
 - Hipoperfusión en PET o hipometabolismo en SPECT frontal o temporal anterior.

DFTvc definitiva: Deben contar con el criterio 1, además del criterio 2 o 3:

1. Cumple con criterios para DFTvc posible o probable.
2. Evidencia histopatológica de DFT en biopsia o post-mortem
3. Presencia de mutación patogénica conocida.

Tabla 4. Criterios establecidos por el “Consenso internacional de criterios para el diagnóstico de la DFTvc” última revisión 2011³³

4. Metodología de la investigación

4.1 Diseño de la investigación

- Tipo de estudio: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Análisis de casos clínicos.
- Universo del estudio: Expedientes clínicos electrónicos de aquellos pacientes que asistieron a valoración al Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California sede Mexicali

4.2 Participantes: Se seleccionaron expedientes clínicos electrónicos de pacientes adultos mayores que asistieron a valoración psiquiátrica en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California sede Mexicali, los cuales contaban con expediente clínico completo, que incluía pruebas psicológicas, exámenes paraclínicos y estudios de gabinete complementarios.

4.3 Criterios de selección

- Criterios de inclusión
 - ❖ Expedientes clínicos electrónicos de pacientes mayores de 60 años de edad que acudieron a valoración en el servicio de urgencia y posteriormente ameritaron de manejo intrahospitalario.
 - ❖ Expedientes clínicos electrónicos completos, incluyendo pruebas psicológicas, paraclínicos y estudios de gabinete.
- Criterios de exclusión
 - ❖ Expedientes clínicos electrónicos incompletos o en los que no se reporten las pruebas.

4.4 Presentación de variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad cumplida en años	Cuantitativa continua

Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Femenino o Masculino	Cualitativa dicotómica
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Ninguna, Básica, Media, Media-superior y Superior	Cualitativa ordinal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero, Casado, Viudo, Divorciado o Unión libre	Cualitativa politómica
Ocupación	Es el conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica, la tecnología y la división del trabajo, que comprende la función laboral del trabajador y los límites de su competencia	Empleado, Desempleado, Jubilado o Pensionado	Cualitativa politómica
Trastorno afectivo bipolar	Los trastornos bipolares y otros trastornos relacionados son trastornos episódicos del estado de ánimo definidos por la presencia de episodios o síntomas maníacos, hipomaniacos, depresivos o mixtos.	Si o no	Cualitativa dicotómica
Enfermedades comórbidas	La comorbilidad es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas.	Si o No	Cualitativa dicotómica
Hipertensión arterial sistémica	La hipertensión arterial sistémica se define como un síndrome de etiología multifactorial caracterizado por cifras tensionales igual o mayores 130/80mmHg.	Si o No	Cualitativa dicotómica
Enfermedad cerebro-vascular	El concepto de enfermedad cerebrovascular se refiere a todo trastorno en el cual un área del encéfalo se afecta de forma transitoria o permanente por una isquemia o hemorragia, estando uno o más vasos sanguíneos cerebrales afectados por un proceso patológico.	Si o No	Cualitativa dicotómica
Trastorno neurocognitivo leve	Disminución de un nivel previo de funcionamiento cognitivo, acompañado por evidencia objetiva de deterioro en el rendimiento en uno o varios dominios cognitivos en relación con lo esperado para la edad de la persona y el nivel general de funcionamiento intelectual, que no es lo suficientemente grave como para interferir significativamente con la independencia	Si o No	Cualitativa dicotómica

	de la persona en el desempeño de las actividades de la vida diaria.		
Trastorno neurocognitivo mayor (Demencia)	Síndrome cerebral adquirido que se caracteriza por una disminución con respecto a un nivel previo de funcionamiento cognitivo con deterioro en dos o varios dominios cognitivos (como la memoria, las funciones ejecutivas, la atención, el lenguaje, la cognición social y el juicio, la velocidad psicomotora, las capacidades visuoperceptuales o visuoespaciales). El deterioro cognitivo no es totalmente atribuible al envejecimiento normal e interfiere significativamente con la independencia, en el desempeño de la persona y en la realización de sus actividades cotidianas.	Si o No	Cualitativa dicotómica
Demencia por enfermedad cerebro-vascular	La demencia vascular se debe a una lesión significativa en el parénquima cerebral como resultado de una enfermedad cerebrovascular (isquémica o hemorrágica).	Si o No	Cualitativa dicotómica
Demencia frontotemporal	La demencia frontotemporal es un grupo de trastornos neurodegenerativos primarios que afectan principalmente los lóbulos frontal y temporal, que genera cambios de comportamiento y personalidad predominantemente marcados o con déficit predominantemente de lenguaje, o con una combinación de estos déficits.	Si o no	Cualitativa dicotómica

4.5 Instrumento: Se utilizó el expediente clínico electrónico para extraer de él, la historia clínica, así como las notas subsecuentes del servicio de urgencias, las notas de evolución del área de hospitalización y los reportes de psicología, recabando la información necesaria para realizar el análisis de los casos clínicos.

4.6 Procedimiento:

- **Consideraciones éticas:** El protocolo de investigación fue sometido a la evaluación por parte del Comité de Ética de Investigación Clínica del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California antes de iniciar con la recolección de información. Y una vez aprobado, se solicitó el

consentimiento informado (Anexo 1) del director general del instituto y por la dirección de enseñanza e investigación para acceder a la información de los expedientes clínicos (Anexo 2). Esta investigación siguió en todo momento con las recomendaciones éticas establecidas por la NOM-004-SSA-2012, en donde se autoriza el uso del expediente clínico para la realización de investigación médica en cuanto se garantice la protección de los datos personales del paciente, teniendo que brindar la seguridad que su identidad e información serán confidenciales. Se tomo en cuenta las medidas necesarias para respetar la privacidad de los pacientes, tanto en la recolección de datos mediante la codificación de la información como en la conservación de la misma, que solo podrá tener acceso el investigador del estudio y los asesores. Los resultados siempre hicieron referencia a datos globales y nunca a un sujeto en particular.

4.7 Limitaciones: Las principales limitaciones con las que esta investigación se pudo haber encontrado son:

- Presencia de expedientes clínicos electrónicos incompletos o no actualizados, lo cual haría que se descarte inmediatamente su uso para la recolección de datos.
- La existencia de un número limitado de pacientes que cumplan con las características necesarias para esta investigación.
- Pobre disposición por parte de la dirección general del IPEBC en brindar información o la infraestructura necesaria para llevar a cabo la investigación.

4.8 Análisis estadístico:

- **Tipo de muestra:** Muestreo no probabilístico.
- **Técnica del muestreo:** Por conveniencia.

4.9 Cronograma:

Actividades	2022									
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Revisión de la literatura y elección de tema de investigación	X	X								
Planteamiento del problema			X							
Redacción del protocolo				X	X	X	X	X	X	
Revisión del protocolo									X	
Implementación de recomendaciones										X

Actividades	2023									
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Revisión del protocolo	X									
Implementación de recomendaciones		X								
Levantamiento de información			X	X	X					
Análisis de datos						X				
Informe técnico de seguimiento a asesores							X			
Redacción de informa final								X	X	X

5. Fuentes de financiamiento

5.1 Recursos materiales:

Material	Cantidad	Costos
Resma de hojas blancas	1	\$100.0
Unidad USB	1	\$200.0
Computadora	1	Del investigador y equipo de cómputo perteneciente al instituto.
Impresora	1	Perteneciente al instituto.

5.2 Financiamiento: Es un proyecto de investigación muy económico, al no requerir realizar gastos para llevarlo a cabo.

5.3 Infraestructura: Se utilizó las instalaciones físicas del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California sede Mexicali.

5.4 Recursos humanos:

- ❖ Investigadora principal: Frida Anayanzi Ponce Tequida.

Función: Médico residente en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

- ❖ Asesor principal: Wendy Lizbeth Villeda Martínez.

Función: Médico Psiquiatra Adscrito del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

- ❖ Asesor metodológico: Jesús Alejandro Vázquez Rojas.

Función: Médico Psiquiatra Adscrito del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

6. Descripción de casos clínicos

Caso clínico 1

Paciente masculino de 67 años casado, originario de Guadalajara, quien se desempeñó como maestro de educación básica durante toda su vida laboral, actualmente jubilado por parte del SNTE. Cuenta con el antecedente familiar de hermanos con esclerosis múltiple y discapacidad intelectual. Como antecedentes personales de importancia es producto de la gesta 1/10 obtenido por parto vía vaginal a término, negó haber presentado complicaciones perinatales, así como negó alteraciones del neurodesarrollo. Proveniente de familia monoparental, quedando bajo el cuidado exclusivo de su madre, con quien migró a Mexicali a los 2 años, en búsqueda de mejorar su calidad de vida, al haber crecido en una precaria situación económica; tuvo un buen desempeño escolar, obteniendo calificaciones sobresalientes, y teniendo buena relación con pares; mostró problemas para mantener relaciones sentimentales, habiendo tenido 3 matrimonios, primeros dos terminados a causa de violencia familiar impartida por él, procreando 5 hijos, actualmente casado desde hace más de 38 años. Como antecedentes personales patológicos de relevancia clínica, negó padecer de enfermedades crónico-degenerativas pero refirió haber sido diagnosticado en el 2008 con hernias discales a nivel de C6-C7 y L2-L3, tratadas de forma conservadora, último esquema de tratamiento a base de Indometacina, Ketorolaco con Tramadol y Pregabalina, menciona haber sufrido de múltiples accidentes automovilísticos siendo el primero 1993 el cual le provocó una fractura de radio del brazo derecho y el segundo en el 2001 presentando una fractura de radio del brazo izquierdo que requirió de manejo quirúrgico; en el 2000 se le realizó cirugía reconstructiva de tejidos blandos y vascular por amputación de los últimos 3 dedos, en el 2008 cirugía Lasik en ojo izquierdo y en 2013 Fistulotomía anal.

Fue traído por familiares a valoración de urgencia por presentar cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por síntomas maniformes descritos como incremento de la actividad dirigida involucrándose en múltiples proyectos los cuales no culminaba, disminución de la necesidad de

dormir y aumento del autoestima, posteriormente se le añadieron errores de juicio al verse frecuentemente involucrado en situaciones que ponían en riesgo su integridad física, realizaba compras exageradas, presentaba comportamiento sexual inapropiado y tendencia a la agresividad física heterodirigida a familiares, además de tener delirios megalomaniacos, síntomas que al referir de los familiares ya había presentado con anterioridad pero de menor intensidad y duración, sin interferir en su funcionamiento diario y remitiendo de forma espontánea. Cuando el estado clínico del paciente comenzó a afectar de forma importante la dinámica familiar, decidieron buscar ayuda con facultativo privado quien realizó una valoración clínica completa que incluía exploración física, paraclínicos (Tabla 5) y TAC simple de cráneo (Tabla 6), encontrándose todo dentro de parámetros normales, descartando así organicidad del cuadro clínico previamente descrito. Al incrementarse los síntomas y gravarse los errores de juicio que ahora ponían en riesgo a terceras personas decidieron buscar ayuda psiquiátrica en esta institución, donde debido a los síntomas presentes y a la cronología de los mismos se integró el diagnóstico de un probable Trastorno afectivo bipolar, episodio actual maniaco, indicando así manejo intrahospitalario para resguardar su integridad física, y poder brindarle una valoración más completa e instaurar una terapia farmacológica eficaz; se administró tratamiento a base de Haloperidol 10 mg/día vía intramuscular, Valproato de magnesio 600 mg/día vía oral y Biperideno 2 mg/día vía oral.

Durante su estancia intrahospitalaria, presentó una tórpida evolución clínica, al haberse encontrado con marcada irritabilidad y comportamiento hostil ante el personal y otros usuarios. Posterior a salida del cuarto de observación (donde se ingresó por protocolo respiratorio establecido para evitar la propagación del COVID-19), permaneció solo 3 días en sala general de hombres, teniendo que regresarlo como resguardo por presentar episodio de agitación psicomotriz durante la visita con familiares, que precipitó heteroagresividad. Salíó a los 5 días, pero persistía irritable, demandante de atención y de egreso, con tendencia a la agresividad verbal, negativa a seguir indicaciones y al tratamiento, además de haber continuado con incremento de la energía y errores de juicio realizando

ejercicio de forma extenuante durante su tiempo en patio. Permaneció 11 días con antipsicótico intramuscular y posteriormente se realizó el cambio a Risperidona 6 mg/día vía oral; con el paso de los días se mostraba mas cooperador con el médico tratante accediendo a las entrevistas, durante las cuales mencionó haber tenido múltiples episodios depresivos en el pasado, de corta duración pero altamente incapacitantes, impidiéndole realizar su rutina cotidiana, siendo el último un mes previo al inicio del cuadro clínico actual, por el cual acudió a valoración con psiquiatra particular quien le inició manejo farmacológico a base de Venlafaxina 75 mg/día y Clonazepam 2 mg/día, mismo tratamiento que seguía tomando a pesar de las alteraciones conductuales sin haberle comentado a sus familiares. Durante su estancia recibía terapia psicológica individual y grupal, en las cuales se aplicó en primera instancia una evaluación cognitiva de Montreal (MoCA), obteniendo un puntaje total de 22, lo cual se interpretó como la presencia de deterioro cognitivo leve, con afección principal en la capacidad de abstracción y la memoria diferida, con el paso de los días, le era difícil al equipo de psicología trabajar con él, debido a que conforme disminuía los síntomas afectivos, se incrementaba el dolor asociado a las lesiones lumbares. Permaneció internado durante 31 días, egresando por mejoría clínica con tratamiento a base de Risperidona 6 mg/día, Valproato de magnesio 1800 mg/día y Biperideno 2 mg/día, además de referencia con el médico especialista en TYO para tratar su malestar físico.

Posteriormente acudió a cita de seguimiento en esta institución donde, al referir de él y cuidador principal se encontraba conductualmente estable, pero permanecía con importante malestar físico teniendo pendiente valoraciones por traumatología y clínica del dolor, continuando mismo esquema terapéutico. Posteriormente continuo su seguimiento psiquiátrico con facultativo de su derechohabencia donde se le suspendió todo el esquema de tratamiento previamente descrito y se inició manejo con antidepresivo tipo ISRS (Citalopram 20 mg/día), al manifestar tener síntomas depresivos que se acompañaban de alteraciones cognitivas, que no llegaban a interferir con su independencia al realizar sus actividades cotidianas, tratamiento que continuo durante 7 meses, tiempo en el cual

volvimos a valorarlo, realizando nueva evaluación cognitiva de Montreal, obteniendo un puntaje total de 23, persistiendo con deterioro cognitivo leve, con especial impacto en la memoria diferida y se realizó una Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) obteniendo una puntuación total de 60, lo que se interpreta como la presencia de síntomas moderados con dificultad en las actividades sociales, laborales y familiares, donde cuidadores principales refirieron que permanece la mayor parte del tiempo solo en casa, con pobre interacción social y negativa a reintegrarse a sus actividades cotidianas usuales debido a las molestias físicas y la falta de motivación. Lamentablemente no continuó seguimiento en esta institución y se desconoce estado actual o evolución clínica de su padecimiento.

Biometría hemática		
Parámetro	Resultado	Rango normal
Leucocitos	7.8 $10^3/\mu\text{L}$	3.8 - 11.6 $10^3/\mu\text{L}$
Eritrocitos	4.87 $10^6/\mu\text{L}$	4.70 - 5.80 $10^6/\mu\text{L}$
Hemoglobina	16.3 g/dL	14.0 - 18.0 g/dL
Hematocrito	45.7%	40.0 - 54.0 %
VCM	93.8 fL	78 - 99 fL
HbCM	33.5 pg	27 - 31 pg
ADE	43.0 fL	39 - 57 fL
Plaquetas	244 $10^3/\mu\text{L}$	150 - 500 $10^3/\mu\text{L}$
Volumen plaquetario medio	10.6 fL	9.6 - 13.4 fL
Neutrófilos	56.1 %	38.4 - 74.6 %
Linfocitos	31.3 %	16.5 - 49.6 %
Monocitos	9.7 %	4.6 - 12.7 %
Eosinófilos	1.3%	1.0 - 4.0 %
Basófilos	1.3%	0.0 - 1.0 %
Neutrófilos	4.40 $10^3/\mu\text{L}$	1.69 - 7.16 $10^3/\mu\text{L}$

Linfocitos	2.45 10 ³ /μL	1.05 - 3.53 10 ³ /μL
Monocitos	0.76 10 ³ /μL	0.25 - 0.90 10 ³ /μL
Eosinófilos	0.10 10 ³ /μL	0.02 - 0.50 10 ³ /μL
Basófilos	0.10 10 ³ /μL	0.01 - 0.10 10 ³ /μL
Grupo sanguíneo y factor RH	O Positivo	-
Química sanguínea		
Glucosa	107 mg/dL	55 - 99 mg/dL
Urea	52 mg/dL	16.6 - 48.5 mg/dL
BUN	24 mg/dL	8 - 23 mg/dL
Creatinina	1.00 mg/dL	0.70 - 1.2 mg/dL
Relación BUN/Creatinina	4.5 mg/dL	12 - 19.6
Electrolitos séricos		
Fósforo	3.5 mg/dL	2.5 - 4.5 mg/dL
Calcio	9.3 mg/dL	8.2 - 10.2 mg/dL
Magnesio	2.4 mg/dL	1.6 - 2.4 mg/dL
Sodio	138 mEq/L	136 - 145 mEq/L
Potasio	4.7 mEq/L	3.5 - 5.1 mEq/L
Cloro	104 mEq/L	98 - 107 mEq/L
Perfil lipídico		
Colesterol total	185 mg/dL	< 200 mg/dL
Colesterol HDL	63mg/dL	40 - 60 mg/dL
Colesterol LDL	115 mg/dL	< 100 mg/dL
Colesterol VLDL	15	< 35 mg/dL
Triglicéridos	75mg/dL	<150 mg/dL
Índice aterogénico	2.9	< 4.5
Relación LDL/HDL	1.8	< 3.0
Lípidos totales	428 mg/dL	380 - 748 mg/dL
Fosfolípidos en suero	202 mg/dL	161 - 265 mg/dL
Proteína C Reactiva	0.17 mg/dL	< 0.5 mg/dL

Pruebas de función hepática		
Bilirrubina total	0.71 mg/dL	< 1.2 mg/dL
Bilirrubina indirecta	0.29 mg/dL	0.9 - 0.3 mg/dL
Bilirrubina directa	0.42 mg/dL	0.1 - 0.9 mg/dL
AST (TGO)	24 U/L	< 40 U/L
ALT (TGP)	38 U/L	< 41 U/L
Relación AST/ALT	0.6	< 2.0
GGT	21 U/L	21 U/L
Proteínas totales	7.4 g/dL	6.4 - 8.3 g/dL
Albumina	4.4	3.5 - 5.2 g/dL
Globulinas	3.0 g/dL	2.9 - 3.1 g/dL
Fosfatasa alcalina	95 U/L	40 - 130 U/L
LDH	208 U/L	135 - 225 U/L
Ácido úrico	4.5 mg/dL	3.4 - 7.0 mg/dL
Cinética del hierro		
Hierro total	97 µp/dL	33-193 µp/dL
UIBC	169 µp/dL	125-345 µp/dL
Captación de hierro	266 µp/dL	250-450 µp/dL
Porcentaje de saturación de hierro	36 %	15-50 %
Examen general de orina		
EXAMEN FISICO		
Color	Amarillo claro	Amarillo
Aspecto	Claro	Claro
Densidad	1.015	1.005 - 1.030
EXAMEN QUIMICO		
pH	6.5	4.8 - 7.4
Estearasa leucocitaria	Negativo	Negativo o < 10 leu/uL
Nitritos	Negativo	Negativo
Proteínas	Negativo	Negativo o < 10 mg/dL

Glucosa	Negativo	Negativo
Cetonas	Negativo	Negativo o < 5 mg/dL
Bilirrubina	Negativo	Negativo o < 1.2 mg/dL
Urobilinógeno	Negativo	Negativo o < 1 mg/dL
Hemoglobina	Negativo	Negativo o < 5 eri/uL
EXAMEN MICROSCOPICO		
Leucocitos	Ausente	Ausente o 1-5/campo
Eritrocitos	Ausente	Ausente o 1-2/campo
Eritrocitos dismórficos	Ausente	Ausente
Cilindros	Ausente	Ausente
Cristales	Ausente	Ausente
Células pavimentosas	Ausente	Ausente – Escasas
Células de transición	Ausente	Ausente – Escasas
Células tubulares renales	Ausente	Ausente – Escasas
Redes mucoides	Ausente	Ausente – Escasas
Bacterias	Ausente	Ausente
Levaduras	Ausente	Ausente
Antidoping		
Anfetaminas / Metanfetaminas	No reactivo	No reactivo
Barbitúricos	No reactivo	No reactivo
Benzodiacepina	No reactivo	No reactivo
Cannabinoides	No reactivo	No reactivo
Cocaína	No reactivo	No reactivo

Tabla 5. Paraclínicos completos

TAC simple de cráneo

Técnica: Se realizaron cortes axiales y reconstrucciones de la base a la convexidad cerebral en fase simple.

Hallazgos: La morfología del cráneo es normal. Tenue calcificación del globo pálido medial. El resto de los núcleos basales, tálamo, y tallo cerebral son normales. El espacio subaracnoideo de la base y convexidad cerebral tiene características y profundidad normal. El III y IV ventrículos están en línea media. No hay alteraciones de los ventrículos

laterales. No hay alteraciones de los elementos de la línea media. Las orbitas y globos oculares no tienen alteraciones. La cavidad de los senos paranasales y el área petromastoidea esta libre. La unión cráneo vertebral no muestra anormalidades. Calcificación ateromatosa de la pared de las arterias carótidas sin disminución de la luz de los vasos.

Conclusiones:

- Estudio cerebral con calcificación del globo pálido medial.
- Calcificación ateromatosa de la pared de las arterias carótidas sin disminución de la luz de los vasos.

Tabla 6. Tomografía computarizada simple de cráneo

Caso clínico 2

Paciente masculino de 64 años viudo, originario de Mexicali, quien se desempeñó como comerciante durante su vida laboral, actualmente jubilado. Cuenta con el antecedente heredofamiliar de padre finado a los 73 años a causa de un IAM, madre finada a los 35 años a causa de cáncer cervicouterino, además de tener 7 hermanos, de los cuales la menor falleció a causa de suicidio y el resto cuenta con múltiples padecimientos crónico-degenerativos (HAS, DM2 y dislipidemias). Como antecedentes personales no patológicos es producto de la gesta 3/8 obtenido por parto vía vaginal a término, negó haber presentado complicaciones perinatales, así como negó alteraciones del neurodesarrollo. Proveniente de familia reconstituida, quedando bajo el cuidado exclusivo de su padre, quien posteriormente contrajo matrimonio con otra mujer, misma que adquirió el rol de madre para él y el resto de sus hermanos; tuvo un regular desempeño escolar, pero abandonó sus estudios al terminar 4to año de primaria para iniciar vida laboral como comerciante junto a tío paterno, con la intención de ayudar a la economía del hogar, empleo que desempeñó durante toda su vida laboral logrando abrir su propia empresa de compra-venta, que expandió hacia EUA. Contrae matrimonio en 1973 con quien procreó 4 hijos, relación que duró 38 años, terminando abruptamente tras el fallecimiento de su esposa. Como antecedentes personales patológicos de relevancia, refirió haber sido diagnosticado a los 50 años con Hipertensión arterial sistémica recibiendo tratamiento a base de Nifedipino 60 mg/día y Olmesartán con Hidroclorotiazida 40 mg /12.5mg día, Diabetes mellitus tipo 2 tratada con

Insulina Lispro 50 UI/día y Metformina 850 mg/día e Hipercolesterolemia tratada con Atorvastatina 20 mg/día; como toxicomanías refirió tabaquismo positivo desde los 23 años, activo hasta la actualidad a razón de 6 cigarros diarios, negando consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas. Como antecedentes quirúrgicos en 1977 se le realizó una amigdalectomía y en el 2008 cateterismo para colocación de STENT en carótida izquierda. En el 2011 sufrió de un EVC isquémico, que requirió de intervención médica de urgencia y posterior rehabilitación al quedar con parálisis facial como secuela.

Inicia padecimiento 8 meses previos a su valoración en el servicio de urgencias de esta institución, con alteraciones conductuales caracterizadas por marcada irritabilidad, incremento en la cantidad y velocidad del discurso, descrito por familiares como circunstancial, así como comportamiento errático y tendencia a la agresividad verbal heterodirigida, posteriormente se le añadieron otros síntomas maniformes como incremento de la actividad dirigida involucrándose en múltiples proyectos de negocios, por los que llegó a solicitar créditos financieros que sumaban una gran cantidad, disminución de la necesidad de dormir, pasando días sin dormir y saliendo de casa de noche sin rumbo fijo. Dos semanas previas a su valoración en urgencias, se va de viaje a La Paz, Baja California Sur junto a su consejero espiritual (quien practicaba la santería y tenía creencias tradicionales indígenas) donde pierde grandes cantidades de dinero y necesita del apoyo económico de sus familiares para regresar; a su llegada es hospitalizado en un nosocomio privado por descontrol metabólico, realizándole una valoración clínica completa que incluía exploración física, paraclínicos (Tabla 7) y Angiotomografía de cráneo (Tabla 8), evidenciándose áreas de infarto antiguo a nivel temporal y reducción de la perfusión cerebral por estenosis carotídea, se administró dosis única de Diazepam 5 mg para el control de agitación psicomotriz y se refirió al del IPEBC para control de las alteraciones conductuales. A su llegada al servicio de urgencias de esta institución, se encontraba con fluctuación del estado de ánimo pasando de un afecto aplanado a una marcada irritabilidad, además de evidenciarse discurso circunstancial que no llegaba a metas claras y alteraciones en el contenido del

pensamiento expresando espontáneamente ideas delirantes megalomaniacas; familiares comentan que anteriormente había presentado síntomas depresivos secundario a pérdidas de familiares, pero negando episodios de elevación del ánimo anteriores o impacto en su funcionamiento global, razón por la que se indicó manejo intrahospitalario para resguardar su integridad física y poder realizar una valoración completa e instaurar una terapia farmacológica eficaz; se inició tratamiento a base de Valproato semisódico 500 mg/día vía oral y Quetiapina XR 300 mg/día vía oral.

Durante los primeros 3 días de estancia intrahospitalaria persistió con las alteraciones del afecto, pero con actitud cooperadora al acatar indicaciones y aceptar vía oral; al 4to día presentó crisis hipertensiva con cifras tensionales superiores a 180/100mmHg, a pesar de administrarle tratamiento antihipertensivo, por lo que se refirió al servicio de urgencias de nosocomio particular donde se ajustó dosis del manejo de comorbilidades médicas, a su regreso a esta institución se mostraba conductualmente estable y con actitud cooperadora. Durante su estancia intrahospitalaria, se realizó una valoración neuropsicológica completa, que incluyó Test de inteligencia de RAVEN el cual arrojó un puntaje total de 23, con diagnóstico final deficiente, una evaluación neuropsicológica breve en español para adultos en el que obtuvo un puntaje global de 77, lo que indicaba que el usuario presenta una alteración severa en las distintas áreas valoradas (cualitativamente presentó desempeño extremadamente bajo en evocación de memoria, comprensión y funciones ejecutivas) y una prueba BANFE-2 para valorar funciones ejecutivas, encontrándose una alteración severa, con desempeño extremadamente bajo en la memoria de trabajo, afectando la capacidad de mantener información de forma activa, por un breve periodo de tiempo, sin que el estímulo este presente, y alteración severa en la capacidad de controlar las respuestas impulsivas o automáticas, provocando afectación en anticipación y planificación por lo que el paciente manifestó dificultades para integrar secuencias y pasos intermedios para lograr metas a corto, mediano y largo plazo.

Permaneció 7 días hospitalizado y egresó por mejoría clínica con los diagnósticos de probable Trastorno afectivo bipolar y Demencia vascular, e indicando tratamiento a base de Valproato

semisódico 500 mg/día y Quetiapina XR 300 mg/día con referencia a médicos especialistas (neurólogo y cardiólogo) para control de comorbilidades médicas, además se realizó un Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) a su egreso obteniendo una puntuación total de 60, lo que se interpreta como la presencia de síntomas moderados con dificultad en las actividades sociales, laborales y familiares.

Lamentablemente no continuó seguimiento en esta institución y se desconoce estado actual o evolución clínica de su padecimiento.

Biometría hemática		
Parámetro	Resultado	Rango normal
Leucocitos	9.7 $10^3/\mu\text{L}$	3.8 - 11.6 $10^3/\mu\text{L}$
Eritrocitos	5.3 $10^6/\mu\text{L}$	4.70 - 5.80 $10^6/\mu\text{L}$
Hemoglobina	15.5 g/dL	14.0 - 18.0 g/dL
Hematocrito	50 %	40.0 - 54.0 %
VCM	94.3 fL	78 – 99 fL
HbCM	31 pg	27 – 31 pg
ADE	29.2 L	39 – 57 fL
Plaquetas	350 $10^3/\mu\text{L}$	150 - 500 $10^3/\mu\text{L}$
Neutrófilos	66 $10^3/\mu\text{L}$	1.69 - 7.16 $10^3/\mu\text{L}$
Linfocitos	28 $10^3/\mu\text{L}$	1.05 - 3.53 $10^3/\mu\text{L}$
Monocitos	3 $10^3/\mu\text{L}$	0.25 - 0.90 $10^3/\mu\text{L}$
Eosinófilos	3 $10^3/\mu\text{L}$	0.02 - 0.50 $10^3/\mu\text{L}$
Basófilos	0 $10^3/\mu\text{L}$	0.01 - 0.10 $10^3/\mu\text{L}$
Química sanguínea		
Glucosa	100 mg/dL	55 - 99 mg/dL
Urea	11.1 mg/dL	16.6 - 48.5 mg/dL
Creatinina	0.7 mg/dL	0.70 - 1.2 mg/dL
Electrolitos séricos		

Fósforo	3.5 mg/dL	2.5 - 4.5 mg/dL
Calcio	10.4 mg/dL	8.2 - 10.2 mg/dL
Sodio	138.2 mEq/L	136 - 145 mEq/L
Potasio	4.0 mEq/L	3.5 - 5.1 mEq/L
Cloro	107.0 mEq/L	98 - 107 mEq/L
Perfil lipídico		
Colesterol total	149.0 mg/dL	< 200 mg/dL
Triglicéridos	80.0 mg/dL	<150 mg/dL
Pruebas de función hepática		
Bilirrubina total	0.6 mg/dL	< 1.2 mg/dL
Bilirrubina indirecta	0.4 mg/dL	0.9 - 0.3 mg/dL
Bilirrubina directa	0.2 mg/dL	0.1 - 0.9 mg/dL
AST (TGO)	23.0 U/L	< 40 U/L
ALT (TGP)	19.0 U/L	< 41 U/L
GGT	31.0 U/L	12-64 U/L
Proteínas totales	7.2 g/dL	6.4 - 8.3 g/dL
Albumina	4.2 g/dL	3.5 - 5.2 g/dL
Globulinas	3.0 g/dL	2.9 - 3.1 g/dL
Fosfatasa alcalina	113 U/L	40 - 130 U/L
LDH	563 U/L	225-450 U/L
Ácido úrico	6.1 mg/dL	3.4 - 7.0 mg/dL
Perfil tiroideo		
Triyodotironina total	99.9 ng/dL	70-170 ng/dL
Tiroxina total	5.81 µg/dL	4.5-12.5 µg/dL
TSH	2.2 UI/mL	1.4-4.0 UI/mL
Yodo proteico	4.5 µg/dL	2.0-6.0 µg/dL
Yodo butanolico	6.0 µg/dL	2.0-1.0 µg/dL
Perfil toxicológico		
Anfetaminas / Metanfetaminas	No reactivo	No reactivo

Benzodiacepina	No reactivo	No reactivo
Cannabinoides	No reactivo	No reactivo
Cocaína	No reactivo	No reactivo

Tabla 7. Paraclínicos completos

Angiotomografía cerebral

Se realiza angiotomografía cerebral con material de contraste hidrosoluble no iónico, observando:

Arteria carótida derecha: De trayecto habitual, no se observan dilataciones o defectos de llenado a través de la luz, a nivel del bulbo se observa calcificación mural que condiciona área de estenosis de más del 50%, sin embargo, se opacifica su trayecto distal, demostrando flujo presente, se observa otra zona de calcificación mural a nivel de carótida interna en sus segmentos cavernosos, clinoideos, oftálmico y comunicante, donde condiciona estenosis de la luz de más del 70%.

Arteria carótida izquierda: Se observa trayecto habitual, sin observar defectos de llenado, a nivel del bulbo carotideo y segmento cervical de la carótida interna se observa material cilíndrico de densidad metálica en relación a endoprótesis. Se observa zona de calcificación mural a nivel de carótida interna en sus segmentos cavernoso, clinoideo, oftálmico y comunicante, donde condiciona estenosis de la luz de más del 50%.

Sistema vertebrobasilar: Se observa sin defectos de llenado ni imágenes sugerentes de aneurisma. Las arterias cerebrales posteriores, así como sus ramas terminales, son de trayecto y calibre normal, sin defectos de llenado ni desplazamientos vasculares. No se identifica arteria comunicante posterior izquierda.

Surcos y cisternas del espacio subaracnoideo con aumento de calibre a expensas de pérdida de volumen del parénquima cerebral, conservando su densidad habitual.

Sistema ventricular infra y supratentorial de calibre, morfología y densidades habituales.

Parénquima cerebral con un área de encefalomalacia hacia giro temporal superior, resto del parénquima sin observar lesiones de tipo hemorragia o isquémico agudas. Respecto a estructuras vasculares se observa adecuada opacificación de arterias cerebrales.

Fosa posterior sin hallazgos que comentar.

Tejidos óseos con engrosamiento de la mucosa a nivel de antros maxilares.

Conclusiones:

- Placas de calcificación a nivel de arterias carótidas que condicionan zonas de estenosis.
- Endoprótesis carotídea izquierda.
- Área de infarto temporal derecha.
- Área de encefalomalacia hacia giro temporal superior.
- Ausencia de arteria comunicante posterior izquierda.

Tabla 8. Reporte de Angiotomografía cerebral

7. Discusión

Al analizar los casos clínicos previamente descritos es evidente que ambos presentaban al momento de la valoración en nuestra institución características maniatiformes que les condicionaron una disfunción global, impactando en múltiples esferas de su vida cotidiana, incluso siendo necesario el internamiento médico para resguardar su integridad física, mental y financiera, haciendo indispensable para los médicos tratantes profundizar en la evaluación clínica para lograr diferenciar entre un trastorno psiquiátrico primario y secundario, específicamente entre un trastorno afectivo bipolar de inicio tardío vs un proceso neurodegenerativo como lo son las demencias, las cuales son entidades morfológicas que se presentan de forma inicial con síntomas conductuales y psicológicos, progresando paulatinamente a un trastorno cognitivo mayor que precipita deterioro de las actividades básicas, instrumentadas y avanzadas de la vida diaria.

En el primer caso clínico, se presenta a un paciente masculino de 67 años con antecedentes heredofamiliares de patologías desmielinizantes y trastornos del neurodesarrollo, además de tener antecedentes personales no patológicos complejos, evidenciándose problemas para mantener relaciones interpersonales de tipo romántico, fracasando en sus matrimonios, los cuales llegaron a divorcio en más de una ocasión, secundario a episodios de violencia familiar de su parte.

Fue traído por familiares debido a la presencia de síntomas afectivos de un mes de evolución caracterizados por elevación persistente del ánimo que se acompañaba de irritabilidad, incremento de la energía, disminución de la necesidad de dormir, delirios de grandeza, fácil distractibilidad, comportamiento sexual inapropiado y participación excesiva en actividades de potencial riesgo, añadiéndose posteriormente errores de juicio y tendencia a la heteroagresividad, recibiendo de forma inicial una valoración médica multidisciplinaria para determinar la etiología del cuadro clínico y descartar potencial riesgo multiorgánico, realizándole paraclínicos completos y estudios de neuroimagen (TAC simple de cráneo), que no mostraron alteraciones estructurales que justificarán la

evolución de los síntomas, por lo que se concluyó la necesidad de internamiento médico en nuestra institución como resguardo y con la intención de ampliar la evaluación clínica y así determinar el diagnóstico definitivo, presentando dos grandes diferenciales que son el trastorno afectivo bipolar de inicio tardío vs demencia frontotemporal variante conductual.

Hablando específicamente de la Demencia frontotemporal variante conductual, es trastorno neurodegenerativo primario que afecta principalmente los lóbulos frontales y temporales, y se caracteriza por un deterioro del funcionamiento social, cambios en la personalidad y un cuadro clínico comprendido por apatía (que es el síntoma más frecuentemente reportado en un 84%), desinhibición (76%), pérdida de empatía (73%), conductas motoras estereotipadas o compulsivas (71%), hiperoralidad y cambios alimenticios (59%), los cuales comúnmente llegan a confundirse con trastornos psiquiátricos primarios, en este caso se sospechó dicho diagnóstico debido a la edad de inicio de los síntomas maníacos y al deterioro cognitivo leve reportado en el MOCA al ingreso (al obtener una puntuación de 22), pero al no evidenciarse alteraciones morfológicas francas en el estudio de neuroimagen y tras indagar más sobre los antecedentes clínicos en los cuales se detectaron la presencia de episodios depresivos graves que requirieron de intervención médica, recibiendo manejo con antidepresivo tipo IRSN días previos al inicio de los síntomas, pudiendo ser este el detonante del viraje a manía.

En conclusión, el diagnóstico de Trastorno afectivo bipolar en la vejez parece ser el más adecuado en este caso, dado el perfil clínico y la evolución del padecimiento. Sin embargo, la persistencia del deterioro cognitivo requiere de un seguimiento estrecho para destacar la progresión hacia un proceso neurodegenerativo, ya que no son diagnósticos excluyentes y pueden presentarse de forma comórbida.

En el segundo caso, se presenta a un paciente masculino de 64 años con antecedentes personales patológicos de gran relevancia clínica, al padecer de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial

sistémica, dislipidemias y secuelas funcionales de tipo motor posterior a EVC isquémico, además de ser portador de un stent carotídeo debido a la disminución del flujo sanguíneo. Estos antecedentes, junto con el tabaquismo activo, indican un elevado riesgo cardiovascular y posibles implicaciones para un insulto vascular cerebral.

Fue traído por familiares debido a la presencia de alteraciones conductuales de 8 meses de evolución caracterizadas por irritabilidad, incremento en la cantidad y velocidad del discurso, conducta errática y tendencia a la heteroagresividad, añadiéndose con el tiempo síntomas maniatiformes descritos como disminución de la necesidad de dormir, incremento de la actividad dirigida, impulsividad, ideas de grandeza y errores de juicio al solicitar múltiples créditos financieros y realizar un viaje de alto riesgo; cuadro clínico que atentó contra su integridad física, mental y financiera, siendo necesaria la intervención de la familia para limitar los daños, quienes lo llevaron inicialmente a valoración médica multidisciplinaria para determinar la etiología del cuadro clínico y descartar potencial riesgo multiorgánico secundario a una descompensación de las comorbilidades previamente descritas, realizándole paraclínicos completos y estudios de neuroimagen (Angiotomografía cerebral), donde se evidenciaron áreas de encefalomalacia temporal derecha y estenosis carotídea bilateral significativa, a pesar de lograr estabilizarlo metabólicamente, el paciente persistía con síntomas neuropsiquiátricos que requirieron de internamiento médico en nuestra institución, con la intención de realizar una evaluación clínica exhaustiva y determinar el diagnóstico definitivo, presentando dos grandes diferenciales que son el trastorno afectivo bipolar de inicio tardío vs demencia vascular. Durante su hospitalización se realizaron pruebas neuropsicológicas completas, en las cuales se detectó un deterioro cognitivo grave, específicamente en las funciones ejecutivas (valoradas por el test de BANFE-2), con alteración en la memoria de trabajo, disminución en la capacidad de planificación/anticipación y pobre control de las respuestas automáticas/impulsivas; perfil psicológico que puede presentarse en los dos posibles diagnósticos diferenciales dependiendo la gravedad de los mismos.

Debido a los antecedentes personales patológicos del paciente, en relación a la elevada carga metabólica que le ha condicionado problemas cardiovasculares en el pasado, con afección directa en el flujo sanguíneo cerebral, más los hallazgos en los paraclínicos y el estudio de gabinete realizados durante su internamiento, nos orientan mayormente a considerar que los síntomas afectivos y alteraciones conductuales presentes en el paciente se deben a una “manía secundaria” por daño cerebral vascular en los circuitos fronto-límbicos, asociado a un proceso neurodegenerativo, específicamente una demencia vascular. La demencia vascular es la segunda forma más común de demencia, solo superada por la enfermedad de Alzheimer en términos de prevalencia e incidencia: y se encuentra dentro del espectro del deterioro cognitivo vascular, un síndrome que incluye todos los trastornos cognitivos en los que la enfermedad cerebrovascular o el flujo sanguíneo deteriorado son el factor causal precipitante. Los principales factores de riesgo para desarrollar demencia vascular son la edad avanzada, diabetes mellitus, niveles de colesterol elevados, pobre actividad física, tabaquismo activo e hipertensión arterial sistémica, siendo este último el factor causal más importante.

En conclusión del presente caso, la diferenciación entre el trastorno afectivo bipolar de inicio tardío y la demencia vascular se basó en varios puntos clave, primero que el paciente nunca había presentado cuadros afectivos de relevancia clínica en el pasado y a que el inicio de los síntomas y alteraciones conductuales fueron posterior a las alteraciones vasculares cerebrales, aunado a la persistencia de los déficits neurocognitivos a pesar de la adecuada respuesta al manejo farmacológico instaurado durante la hospitalización, persistiendo con deterioro en su funcionamiento global, siendo evidente en la Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) realizada al momento del egreso.

A continuación, se presenta una tabla comparativa de las variables estudiadas en ambos casos clínicos.

VARIABLES	CASO 1	CASO 2
Género	Masculino	Masculino
Edad	67 años	64 años
Estado civil	Casado	Viudo
Ocupación	Maestro jubilado	Comerciante jubilado
Antecedentes heredofamiliares	Patologías desmielinizantes (Esclerosis múltiple) y Trastornos psiquiátricos primarios (Discapacidad intelectual)	Enfermedades crónico-degenerativas y Trastornos psiquiátricos primarios
Antecedentes personales patológicos	Hernias discales	Hipertensión arterial sistémica, Diabetes mellitus tipo 2, Dislipidemia, Tabaquismo y EVC con secuelas funcionales.
Cuadro clínico	Elevación persistente del ánimo, irritabilidad, incremento de la energía, disminución de la necesidad de dormir, delirios de grandeza, fácil distractibilidad, comportamiento sexual inapropiado, participación excesiva en actividades de riesgo, errores de juicio y tendencia a la heteroagresividad	Irritabilidad, incremento en la cantidad y velocidad del discurso, conducta errática, tendencia a la heteroagresividad, disminución de la necesidad de dormir, incremento de la actividad dirigida, impulsividad, ideas de grandeza y errores de juicio.
Duración de cuadro clínico	1 mes	8 meses
Historial de episodios afectivos	Múltiples episodios afectivos de tipo depresivos de corta duración pero que condicionaban incapacidad funcional.	Sin presencia de episodios afectivos de relevancia clínica.
Afección cognitiva	Trastorno neurocognitivo leve	Trastorno neurocognitivo mayor
Estudios de neuroimagen	TAC simple de cráneo sin hallazgos clínicos de relevancia.	Angiotomografía de cráneo en la que se evidencia un infarto cerebral previo en área temporal derecha, área de encefalomalacia hacia giro temporal superior y estenosis carotídea derecha de > 70 % e izquierda de > 50%
Diagnóstico definitivo	Trastorno afectivo bipolar	Manía secundaria a Demencia vascular

8. Conclusiones

La población geriátrica comúnmente presenta sintomatología atípica de muchos padecimientos, debido al propio proceso de envejecimiento, lo cual complica el labor del médico, al momento de diagnosticar y tratar enfermedades, hablando específicamente de la investigación actual, muchas presentaciones clínicas de enfermedades metabólicas, infecciosas o procesos neurodegenerativos simulan trastornos psiquiátricos primarios y viceversa, yace ahí la importancia de tener un conocimiento amplio de las enfermedades propias de la vejez y determinar con rapidez la gravedad de los síntomas.

Los síntomas neuropsiquiátricos (o como actualmente se conocen, síntomas conductuales y psicológicos de la demencia) están fuertemente asociados con la progresión de la enfermedad, el deterioro de las actividades de la vida diaria, la reducción en la calidad de vida y el aumento de la carga para los cuidadores/familiares, es por esta razón que se considera de suma importancia tanto para la familia como la sociedad determinar la etiología de los mismos para lograr contenerlos y mejorar la calidad de vida del individuo.

Es importante resaltar que a nivel estatal, e incluso nacional, no existen proyectos de investigación o literatura actualizada, enfocada en nuestra población que describa las características sociodemográficas y clínicas de aquellos pacientes, que debutan con cuadros afectivos en la tercera edad, lo que orilla a los médicos tratantes a realizar valoraciones clínicas complejas, con la finalidad de disminuir el tiempo en el que se establece un diagnóstico, ya sea un trastorno psiquiátrico primario o secundario, y se instaure un tratamiento eficaz, para limitar en la mayor medida posible, la persistencia del cuadro clínico.

Es por esta razón que considero que la presente investigación despertará incertidumbre y emoción en mis colegas médicos respecto la importancia de abordar a los pacientes geriátricos de una forma integral buscando dirigidamente comorbilidades médicas que contribuyen de forma adversa al padecimiento principal.

Es necesario desarrollar nuevas políticas de salud pública que respondan a las crecientes necesidades de la población geriátrica, que es un grupo en constante aumento, para disminuir retrasos y errores al momento de establecer diagnósticos médicos, así como evitar la polifarmacia e institucionalización temprana, que a largo plazo genera mayores costos al estado y un marcado deterioro cognitivo y funcional al paciente.

Con este trabajo de investigación considero importante recomendar la implementación de una unidad de evaluación neurocognitiva geriátrica, con un equipo multidisciplinario que incluya médicos psiquiatras, neurólogos y geriatras, así como neuropsicólogos, enfermeros y trabajadores sociales especializados en el trabajo con adultos mayores, y crear un protocolo de evaluación estandarizada que dicte la realización de una historia clínica completa con una amplia descripción de la evolución del cuadro clínico, paraclínicos (como biometría hemática, química sanguínea, pruebas de función hepática, perfil tiroideo, electrolitos séricos, examen general de orina, niveles séricos de vitamina D y perfil toxicológico), estudios de neuroimagen (Resonancia magnética o TAC de cráneo) y pruebas neuropsicológicas (Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal, Escala de manía de Young, Escala de Depresión Geriátrica, Escala de Evaluación de la Actividad Global, etc), con el objetivo de evaluar de manera integral los síntomas afectivos y cognitivos de los pacientes adultos mayores. Además de realizar intervenciones psicosociales, como psicoeducación a familiares y cuidadores para reconocer con rapidez datos de alarma y programas de estimulación cognitiva para los pacientes.

9. Anexos



CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA REVISIÓN DE EXPEDIENTES

Mexicali, Baja California a 30 de marzo del 2023

Asunto: Carta de autorización para el acceso al expediente clínico electrónico, con la finalidad de llevar a cabo una investigación interna.

Proyecto: “Procesos neurodegenerativos como diagnóstico diferencial del trastorno afectivo bipolar de inicio tardío. Análisis de casos clínicos”.

Investigador principal: Frida Anayanzi Ponce Tequida, médico residente de 3er año en Psiquiatría.

Sede donde se realiza el estudio: Instituto de psiquiatría del estado de Baja california, sede Mexicali.

Objetivo: Conocer y describir las características clínicas de aquellos pacientes diagnosticados con trastorno afectivo bipolar de inicio tardío, que acudieron a valoración psiquiátrica en esta institución.

Justificación: Desde el inicio del siglo pasado los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales, aunados a los avances en el campo de la atención médica, han ido transformando las características de nuestro país y han influenciado en el incremento de la esperanza de vida, lo cual contribuye a la progresiva mayor prevalencia de adultos mayores que viven con trastorno afectivo bipolar, tanto de inicio temprano como de inicio tardío; haciendo necesario incrementar los esfuerzo por parte del gremio médico para brindarles una atención adecuada.

Procedimiento: Se utilizará el expediente clínico electrónico para extraer la historia clínica, así como las notas subsecuentes del servicio de urgencias y las notas de evolución del área de hospitalización, recabando de ellas la información necesaria para analizar ampliamente los casos clínicos de aquellos pacientes seleccionados que cumplan los criterios de inclusión establecidos por el investigador.

Beneficios: Incrementar nuestro conocimiento sobre la evolución clínica del trastorno afectivo bipolar de inicio tardío, para lograr diagnosticarlo de forma oportuna y poder iniciar un tratamiento efectivo, minimizando los ingresos hospitalarios, mejorando su pronóstico general, y así poder brindarles una mejor atención médica.

Riesgos: La investigación no representara ningún riesgo ya que solo se requerirá del uso de los expedientes clínicos, sin la necesidad de interactuar o implementar alguna medida diagnóstica/terapéutica en aquellos pacientes que sean seleccionados para el estudio.

Confidencialidad: Los datos del expediente clínico recolectados serán mantenidos en estricta confidencialidad y serán del uso exclusivo para el investigador del estudio. Los resultados siempre harán referencia a datos globales y nunca a un sujeto en particular.

Participación voluntaria/Retiro: La participación es voluntaria y en caso de así desearlo la dirección general del IPBEC puede revocar el permiso para revisar los expedientes clínicos en cualquier momento sin tener una repercusión de cualquier tipo o dar explicación alguna del motivo de su salida.

Sin más por el momento, me despido agradeciéndole de antemano su apoyo.

Dr. Víctor Salvador Rico Hernández
Director general del IPBEC

Psic. Belén Elena Preciado Yáñez
Directora de enseñanza e investigación del IPBEC

Dra. Mara Meza Mota
Jefa de educación continua del IPBEC

Dra. Frida Anayanzi Ponce Tequida
Investigador principal

Dra. Wendy Lizbeth Villeda Martínez
Investigador asesor

Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California



Dictamen de Protocolo de Investigación

Datos generales

Fecha de dictamen:

31 mayo 2023

Número de identificación del protocolo

DI-002-2023

Miembros del Comité de Ética en Investigación

Presidente: Dr. Juan Carlos Gurrola Flores. Firma:

Secretario: L.E. Erika Aurora Fernández Torres. Firma:

Vocal: Mtro. Francisco. Javier Rodríguez Leal. Firma:

Vocal: Lic. Frida Mairan Méndez Garduño. Firma:

Vocal: Dra. Alma Ericka Méndez López. Firma:

Tipo de proyecto (Seleccione):

Tesis:

X

Investigación Interna:

X

Investigación Externa:

Título del Proyecto de investigación

Procesos neurodegenerativos como diagnóstico diferencial del Trastorno afectivo bipolar de inicio tardío. Análisis de casos clínicos

Nombre y adscripción del Investigador(es):

Nombre del investigador	Adscripción
1.-Frida Anayanzí Ponce Tequida	IPEBC
2.-	
3.-	
4.-	

Dictamen

<u>Aprobado</u>	Pendiente de Aprobación	Rechazado

10. Referencias bibliográficas

-
- ¹ Vieta E., Berk M., Schulze TG., Carvalho AF., Suppes T., Calabrese JR., et al. Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018 Mar 8;4:18008.
- ² Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Bipolar, México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
- ³ Tampi, R, Joshi, P, Bhattacharya, G., et al. Evaluation and treatment of older-age bipolar disorder: a narrative review. *Drugs in Context*. 2021;10: 1-12.
- ⁴ Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S. &Avasthi, A. (2017). A retrospective study of late-onset bipolar disorder: A comparison with early and intermediate onset. *Journal of Geriatric Mental Health*, 4(1), 26.
- ⁵ Barba, J. México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles El laboratorio tambien juega un papel importante.Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio. 2018;65(1): 4-17.
- ⁶ Bienestar I de S para el. Día Mundial del Trastorno Bipolar | 30 de marzo [Internet]. gob.mx. Available from: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-mundial-del-trastorno-bipolar-30-de-marzo?idiom=es>
- ⁷ Bolton, S, Warner, J, Harriss, E., et al. Bipolar disorder: Trimodal age-at-onset distribution. *Bipolar disorders* . 2021;23(4): 341-356.
- ⁸ López J, Báez M, Marín M, Agüera L. Trastorno bipolar geriátrico. *Cuadernos de Salud Mental* del 12. 2021 Oct 12;21:3–108.
- ⁹ Arnold, I, Dehning, J, Grunze, A., et al. Old Age Bipolar Disorder—Epidemiology, Aetiology and Treatment. *Medicina*. 2021;57(6): 587-598.
- ¹⁰ American psychiatric association, . Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (5ta ed.). USA: Panamericana; 2014. p. 123 - 139
- ¹¹ Medina, E, Borges, G, Lara, C., et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional De Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4): 1-16.

-
- ¹² López J, Báez M, Marín M, Agüera L. Trastorno bipolar geriátrico. Cuadernos de Salud Mental del 12. 2021 Oct 12;21:3–108.
- ¹³ Dols, A, Beekman, A. Older Age Bipolar Disorder. Clin Geriatr Med. 2018;41(1): 281-296
- ¹⁴ Sajatovic M, Blow FC, Ignacio RV, Kales HC. Age-related modifiers of clinical presentation and health service use among veterans with bipolar disorder. Psychiatr Serv. 2004;55(9):1014-1021.
- ¹⁵ Sajatovic M, Chen P. Geriatric bipolar disorder. Psychiatr Clin North Am. 2011;34(2):319-333.
- ¹⁶ Sajatovic M, Strejilevich SA, Gildengers AG, et al. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disord*. 2015;17(7):689-704.
- ¹⁷ Vieta, E, Berk, M, Schulze, T. Bipolar disorders. Nat Rev Dis Primers. 2018;4(18008): 1-16.
- ¹⁸ Aldana-López JA. Manía de inicio tardío: ¿trastorno bipolar? Presentación de dos casos. Medina-Dávalos R, editor. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. 2019 Sep;57–62.
- ¹⁹ Vieta E., Berk M., Schulze TG., Carvalho AF., Suppes T., Calabrese JR., et al. Bipolar disorders. Nature Reviews Disease Primers. 2018 Mar 8;4: 18008.
- ²⁰ Stern, T. Trastorno bipolar. In: Zamorro, L (ed.) Tratado De Psiquiatría Clínica. Massachusetts: Elsevier; 2017. p. 330-342
- ²¹ American psychiatric association, . Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (5ta ed.). USA: Panamericana; 2014. p. 123 - 139
- ²² American psychiatric association, . Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (5ta ed.). USA: Panamericana; 2014. p. 123 - 139
- ²³ American psychiatric association, . Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (5ta ed.). USA: Panamericana; 2014. p. 123 - 139
- ²⁴ American psychiatric association, . Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (5ta ed.). USA: Panamericana; 2014. p. 123 - 139
- ²⁵ Tampi RR, Joshi P, Bhattacharya G, Gupta S. Evaluation and treatment of older-age bipolar disorder: a narrative review. Drugs in Context. 2021 May 27;10:1–12.

-
- ²⁶ Arnold, I, Dehning, J, Grunze, A., et al. Old Age Bipolar Disorder—Epidemiology, Aetiology and Treatment. *Medicina*. 2021;57(6): 587-598.
- ²⁷ Diniz, B, Teixeira, A, Cao, F. , et al, History of Bipolar disorder and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25(4): 357-362
- ²⁸ Satzer, D, Bond, D. Mania secondary to focal brain lesions: implications for understanding the functional neuroanatomy of bipolar disorder. *Bipolar disorders*. 2016;18(3): 205-220.
- ²⁹ Demencia [Internet]. *www.who.int*. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- ³⁰ Shaik SS, Varma AR. Differentiating the dementias: a neurological approach. *Progress in Neurology and Psychiatry*. 2012 Jan;16(1):11–8.
- ³¹ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de la demencia vascular en el adulto en los tres niveles de atención,. Ciudad de México, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 16/03/2017.
- ³² Cruzado, L, Custodio, N, Montesinos, R., et al. Demencia frontotemporal – variante conductual como diagnóstico diferencial de trastornos psiquiátricos primarios. *Rev Neuropsiquiatr*. 2021;84(3): 183-204.
- ³³ Cruzado, L, Custodio, N, Montesinos, R., et al. Demencia frontotemporal – variante conductual como diagnóstico diferencial de trastornos psiquiátricos primarios. *Rev Neuropsiquiatr*. 2021;84(3): 183-204.