

# Semiología de la Memoria

Dr. Luis Fontán

Médico Neurólogo. Ex Profesor Adjunto de Neuropsicología del Instituto de Neurología. Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.



**Resumen:** Frente a la consulta por trastornos de memoria, el objetivo central es lograr decidir si el trastorno relatado por el paciente conforma un Síndrome Amnésico Orgánico, que conlleva el riesgo de ser secundario a una encefalopatía.

En el presente artículo se analizan definiciones de memoria, se revisa la clasificación (taxonomía) de los distintos tipos de memoria y su papel como marcadores de un Síndrome Amnésico Orgánico, haciendo una breve sinopsis sobre las estructuras implicadas en el procesamiento, fijación y recuperación de la información. Se brindan herramientas semiológicas para colaborar con el clínico para definir la duda sobre si está frente a un trastorno de memoria orgánico, y se colocan en el contexto de otros trastornos cognitivos, que pudiendo llegar a conformar una demencia. En función de esta posibilidad, se discute la paraclínica necesaria para abordar el estudio de un posible Síndrome Demencial.

**Palabras clave:** memoria, amnesia, síndrome amnésico.

**Abstract:** When a patient complains of memory disorders the central objective is to decide whether the disorder reported by the patient is an Organic Amnesic Syndrome, which carries the risk of being secondary to encephalopathy.

In this article we analyze memory definitions, classification (taxonomy) of different types of memory and its role as markers of Organic Amnesic Syndrome is reviewed, with a brief synopsis of the structures involved in processing, fixation and recovery the information.

Semiotic tools are provided to assist the clinician in doubt about whether he is facing a organic memory disorder, which are placed in the context of other cognitive disorders, which can reach to form a dementia.

Based on this possibility, paraclinical studies necessary to address a dementia syndrome are discussed.

**Key words:** memory, amnesia, amnesiac síndrome.

## Introducción y Objetivos

Uno de los objetivos centrales del presente artículo es proveer herramientas clínicas para el análisis de un motivo de consulta tan frecuente en el consultorio como es la alteración de la memoria.

El otro objetivo es intentar dejar en el lector el concepto que toda consulta por memoria merece ser analizada clínicamente, y alguna de ellas, estudiada en profundidad, ya que los trastornos de memoria son la expresión clínica central de algunas encefalopatías, y podríamos estar perdiendo la oportunidad de realizar un correcto diagnóstico en el momento que el paciente consulta.

El dilema central que se plantea al médico es si el trastorno de memoria relatado por el paciente conforma o no un Síndrome Amnésico Orgánico, que es el que implica un riesgo de encefalopatía.

Entendemos por encefalopatía a una entidad nosológica del Sistema Nervioso Central, que tiene una anatomía patológica específica, una expresión clínica definida (en este caso, cognitiva), y una evolución establecida,

E-mail: lfontan@mednet.org.uy

lo que nos permite hacer un diagnóstico presuntivo, acercarnos a la confirmación diagnóstica por diversos métodos paraclínicos, y establecer un tratamiento. La confirmación diagnóstica de cualquier encefalopatía es anátomo-patológica, situación a la que se llega en forma excepcional en nuestros días.

Una de las dificultades en el análisis de los trastornos de memoria, como de otros síntomas cognitivos y conductuales, es que pueden ser manifestación tanto de una encefalopatía como de trastornos afectivos, estrés, ansiedad, sobrecarga u otra patología psiquiátrica.

La importancia de poder definir si es un Síndrome Amnésico Orgánico o no radica en que el tratamiento y el pronóstico son muy diferentes.

## Neuropsicología de la Memoria<sup>(1,2)</sup>

### Definición de Memoria

Revisaremos dos definiciones que aportan conceptos complementarios:

De acuerdo a Fernando Dalmás<sup>(3)</sup> (1985) la memoria es la capacidad del Sistema Nervioso Central (SNC) de fijar, organizar, actualizar (evocar), y/o reconocer eventos de

## Taxonomía de la Memoria

<b>Memoria a Corto Plazo</b>	- Relacionada con la Atención. - Mantiene poca información un tiempo limitado (15-20 s) para trabajar ( <i>Memoria de Trabajo</i> ). - Muy sensible a la interferencia.
<b>Memoria a Largo Plazo</b>	- Persiste en el tiempo.- Capacidad ilimitada. - Resistente a las interferencias.
• <b>Memoria Procedural</b>	“Saber Cómo”.- Memoria de procedimientos motores. - No comunicable. - Aprendizaje lento, a través de procedimientos.
• <b>Memoria Declarativa</b>	“Saber Qué”.- Verbalizable o comunicable. - Aprendizaje rápido a través de la comunicación.
• <b>Memoria Episódica</b>	- Comprometida en los Síndromes Amnésicos.
• <b>Memoria Autobiográfica</b>	- Hechos propios ordenados en eje temporal. - Personal. - Comunicable pero intransferible.
• <b>Memoria para Hechos Públicos</b>	- Hechos comunes a todos en la sociedad.
• <b>Memoria Semántica</b>	- Conocimiento del mundo, conceptual, profesional.
• <b>Memoria Prospectiva</b>	“de agenda”. - Cosas que van a suceder.

Tabla 1

**nuestro pasado psíquico.** Esta evocación permite ubicar a la mayoría de nuestros recuerdos en su contexto espacio-temporal, en tanto otros son evocados en función de sus vinculaciones semánticas o cognitivas.

Se destaca de esta definición que establece a la memoria como una función del SNC, los distintos procesos implicados (fijación, organización y posterior evocación o reconocimiento de la información), y la forma de organización de la información según criterios espacio-temporales o semánticos.

De acuerdo a Mesulam - Markowitsch<sup>(4)</sup> la memoria refiere a información almacenada en estructuras neuronales de tal manera que pueda ser recuperada en el futuro para ser utilizada en conductas adaptativas.

Esta definición progresa en la base biológica asentando la memoria en la neurona, y destaca la utilidad de la misma para mejorar nuestras conductas adaptativas al medio.

## Taxonomía de la Memoria

Existen varios tipos de memorias. (Ver Tabla 1) Es importante conocerlas para realizar una correcta semiología y porque sirven como marcadores de organicidad en el Síndrome Amnésico<sup>(3)</sup>.

### Memoria a Corto Plazo. Memoria de Trabajo

Es la capacidad de mantener determinada cantidad de información durante 10 -15 segundos. Tiene una capacidad limitada y es muy sensible a la interferencia; clásicamente la define el “span” de dígitos del Test de Wechsler, con la capacidad de repetir 5 a 7 dígitos. No debe ser confundida con la memoria para hechos recientes.

En las últimas décadas se ha jerarquizado el papel de la Memoria a Corto Plazo como “Memoria de Trabajo”, entendiéndose como un “buffer” o espacio donde se

actualiza una determinada información almacenada o se mantiene nueva información que ingresa, y se puede trabajar con ella.

Por ejemplo: no tenemos presentes todos los cumpleaños de todos familiares o amigos; cuando recordamos la fecha del cumpleaños de alguien, esa información se mantiene en la Memoria de Trabajo, y la podemos manejar de distintas maneras: decirla, escribirla, incluso sumar los números de los componentes. Cuando le preguntamos a alguien la cédula y la escribimos en una receta, la información también se mantiene en la Memoria de Trabajo. Una vez que se utilizó esa información, la Memoria de Trabajo se libera y queda pronta para recibir nueva información y trabajar con ella.

La Memoria de Trabajo maneja tanto nueva información que proviene del entorno como contenidos internos que se actualizan según necesidad o voluntad.

La Memoria a Corto Plazo está directamente relacionada con los procesos atencionales y es la puerta de entrada de toda información. Toda información que ingrese, y se mantenga luego en el cerebro como memoria, primero fue Memoria a Corto Plazo.

Todo lo que interfiera con esta memoria redundará en una mala respuesta de la memoria a cualquier información. En ocasiones, por preocupación, estrés o ansiedad, el ingreso de contenidos internos a la Memoria de Trabajo no está bien modulado e interfiere con el manejo de nueva información del entorno.

La Memoria a Corto Plazo no se altera en los Síndromes Amnésicos Orgánicos.

### Memoria a Largo Plazo

Abarca los tipos de memoria que persisten en el tiempo, y pueden ser posteriormente recuperados (evocados).

Tiene una capacidad mucho más grande que la Memoria a Corto Plazo y la información se mantiene por mucho más tiempo.

Es mucho más resistente a la interferencia.

### **Memoria Procedural**

Es el “*saber cómo*”. Se relaciona con las praxias y el aprendizaje motor.

Es la capacidad de realizar determinadas secuencias motoras orientadas a un fin. Por ejemplo: conducir un automóvil, tocar un instrumento, manejar una herramienta, andar en bicicleta, etc.

Es una memoria que no se puede comunicar. El conocimiento solo se adquiere a través del aprendizaje motor, de manera lenta e incremental (no es posible aprender a conducir un automóvil aunque se reciba todas las indicaciones; se debe sentar en el automóvil y aprender todos los movimientos). Luego se desarrolla de manera automática.

También está conservada en los Síndromes Amnésicos Orgánicos. Participan en esta memoria los ganglios de la base, el cerebelo, las cortezas parietales posteriores y probablemente la corteza frontal dorso-lateral.

### **Memoria Declarativa**

Es el “*saber qué*”. Comprende las memorias que son comunicables, verbalizables.

El aprendizaje se realiza de manera mucho más rápida. En la Memoria a Largo Plazo los recuerdos se almacenan y organizan por códigos semánticos témporo-espaciales, y prácticamente todos van marcados por una nota afectiva. *Estas memorias son las que están típicamente comprometidas en los Síndromes Amnésicos.*

Si bien es mucho más resistente a las interferencias, los recuerdos más recientes son más sensibles a factores amnesiantes, lo que constituye la “Ley de Ribot”: *Lo último que se adquiere es lo primero que se olvida.*

Esta característica está presente siempre en los Síndromes Amnésicos Orgánicos, y tiende a generar confusión en algunas patologías cuando los pacientes “*recuerdan*” muy bien hechos remotos de su infancia o juventud, que puede inducir a error a familiares o al médico, haciendo suponer que el paciente “*tiene muy buena memoria*”.

En estas memorias participa el sistema límbico-hipocámpico, distintas áreas corticales sensitivo-sensoriales secundarias, el lóbulo frontal en su sector dorso-lateral, la amígdala y la ínsula, éstos últimos aportan componentes afectivos y de motivación.

### **Memoria Episódica**

Constituye el recuerdo ordenado de acontecimientos ocurridos en el pasado. Comprende dos aspectos: la Memoria Autobiográfica y la Memoria para Hechos Públicos.

La *memoria autobiográfica* es un conjunto de episodios ordenados cronológicamente, espacial y afectivamente

referenciados, que guardan una armonía histórica y espacial: hay un antes, un después y un dónde. Esta memoria es comunicable pero intransferible, y conforma la base de la individualidad. Es la que está particularmente comprometida en los Síndromes Amnésicos.

La *memoria para hechos públicos* es el conocimiento de hechos generales que acontecen en la sociedad en que vivimos, y de los cuales todos participamos. Groseramente, es la información que se da en los Noticieros (*quién es el Presidente, el Intendente, acontecimientos nacionales de relevancia en el momento, etc.*).

### **Memoria Semántica**

Se relaciona con el conocimiento general del mundo y conocimiento profesional. También es compartible.

A diferencia de la Memoria Episódica, no tiene una referencia temporal (*aunque pudo haberla tenido, pero después la pierde para ser organizada por sus relaciones semánticas*). Es más resistente al daño límbico hipocámpico.

### **Memoria Prospectiva**

Es la memoria “*de agenda*”, de las cosas que “*van a pasar*”.

Tiene dos componentes: “*qué*” es lo que va a suceder y “*cuándo*” a suceder. Por lo general se asocia un “*disparador*” para hacer recordar una determinada tarea, que puede ser la propia fecha del día “*el 20 vence la factura de luz*”, una alarma o un cartel. Muchas veces se mantiene el “*qué*”, pero se falla en el “*cuándo*”.

El lóbulo frontal tiene un importante papel en esta memoria.

## **Bases Neurobiológicas de la Memoria<sup>(2, 4, 5)</sup>**

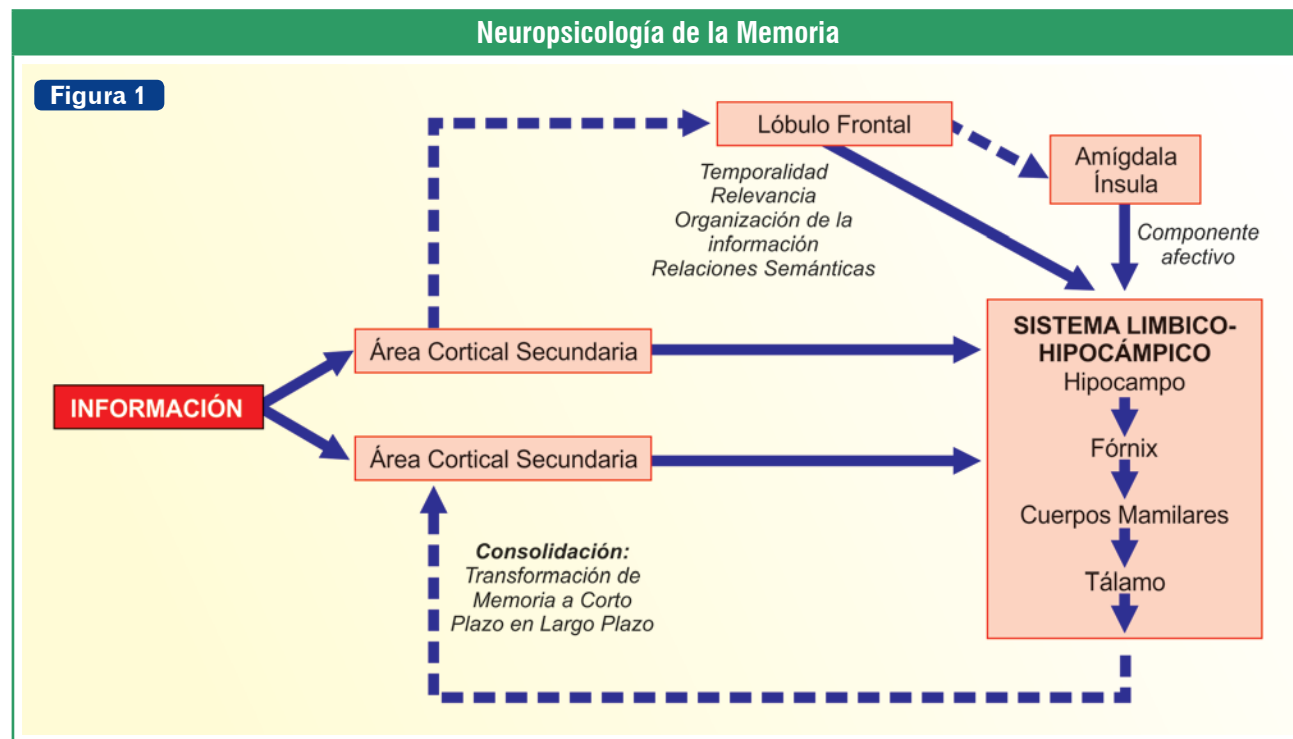
En los procesos de aprendizaje y de memoria intervienen el sistema límbico-hipocámpico, las áreas corticales sensitivo-sensoriales secundarias y el lóbulo frontal. (*Ver Figura 1*)

Los recuerdos se almacenan en áreas corticales secundarias como cambios sinápticos en las neuronas especializadas en el manejo de un tipo determinado de información (*visuo-espacial, auditivo-verbal, etc.*).

Todas las áreas corticales secundarias proyectan conexiones al área entorrinal, adyacente a la quinta circunvalación temporal, en la cara mesial o interna del lóbulo temporal. Esa es la entrada del sistema límbico-hipocámpico, que también recibe proyecciones del lóbulo frontal, la amígdala e ínsulas.

Es el sistema límbico-hipocámpico quien se encarga de “*organizar*” y ubicar en los distintos locus corticales los cambios sinápticos constituyentes de un recuerdo. Los recuerdos no se almacenan en el hipocampo. El sistema límbico-hipocámpico actúa como un organizador, un





índice, una tabla de contenidos de los recuerdos. Es la herramienta a través de la cual se recuperan (*evocan*).

Una lesión de cualquier tipo (*degenerativa primaria, vascular, tumoral, traumática, inflamatoria*) en cualquiera de los componentes del sistema límbico-hipocámpico (*5ª circunvolución temporal, hipocampo, fórnix, cuerpos mamilares, sectores mediales del tálamo, conexiones blancas del tálamo a locus corticales*) dará lugar a un Síndrome Amnésico.

El Síndrome es similar con variación únicamente en algunos detalles de acuerdo a la topografía de la lesión y a la forma de instalación.

### Semiología de la Memoria<sup>(6)</sup>

Como se señaló en la introducción, el presente artículo está orientado a dar herramientas semiológicas para definir si la queja de un paciente sobre su memoria tiene elementos de organicidad, y por lo tanto implica un riesgo de encefalopatía (*actual o en el futuro*), o está vinculada a trastornos afectivo-emocionales.

El objetivo de la anamnesis y una eventual exploración neuropsicológica posterior, es identificar un **Síndrome Amnésico Orgánico**.

El Síndrome Amnésico, como todo síndrome neurológico, es siempre igual a sí mismo, y tiene características que lo definen. Todo lo que exceda estas características quedará marcado con la duda de no orgánico.

El **Síndrome Amnésico** es una *alteración exclusiva de la Memoria Episódica* conformado por Amnesia anterógrada y Amnesia retrógrada.

### Amnesia anterógrada

El paciente no puede o tiene dificultades para retener **nueva** información y nuevos recuerdos.

Esta alteración se expresa semiológicamente como olvido de hechos recientes, de nuevos acontecimientos que vive, y dificultades para retener nueva información.

Estas dificultades tornan al paciente reiterativo, característica central en el Síndrome Amnésico, porque olvida haber recibido respuestas y no recuerda haber contado determinadas historias.

### Amnesia retrógrada

El paciente no puede recuperar recuerdos hacia atrás en el tiempo, que antes recordaba correctamente.

Esta amnesia siempre comienza en el presente y se extiende hacia atrás en el tiempo un período limitado, con un gradiente temporal *-Ley de Ribot-*. Mejora progresivamente hasta la normalidad yendo atrás en el tiempo.

El ejemplo típico lo constituye la Amnesia Retrógrada Postraumática, donde el paciente no recuerda la situación del traumatismo de cráneo y un lapso variable (de segundos a semanas, de acuerdo a la gravedad) de los acontecimientos vividos previos al traumatismo.

Es también manifestación semiológica de este aspecto la buena evocación del pasado remoto que tienen los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, y, como dijimos, puede inducir al error al familiar, haciéndolo suponer que el paciente tiene *"muy buena memoria"* porque recuerda hechos de su juventud.

### Características del Síndrome Amnésico

En el Síndrome Amnésico están característicamente *conservadas la Memoria a Corto Plazo y la Memoria Procedural*. La Memoria Semántica siempre está menos afectada que la Episódica.

En el análisis semiológico se debe establecer claramente la edad, determinar el tiempo de evolución y la forma de inicio. Estos elementos ya nos orientan semiológicamente al tipo de trastorno de memoria que puede presentar el paciente.

Con fines didácticos, podemos decir que los trastornos de memoria de causa orgánica son **muy raros antes de los 55 años**, excepto cuando existe una patología amnesiante definida (*traumatismo de cráneo, aneurisma con hemorragia, encefalitis herpética, Korsakoff alcohólico, etc.*), o una encefalopatía poco frecuente del joven (*secundaria a HIV, hipotiroidismo, enfermedades autoinmunes, encefalopatías por consumo de sustancias u otras causas tóxicas*). Fuera de estas alteraciones, que constituyen un porcentaje muy bajo, la mayoría de los trastornos de memoria en menores de 55 años están vinculados a disturbios atencionales relacionados con elementos afectivo-emocionales, estrés, sobrecarga y estructura de la personalidad.

Algunos pacientes con enfermedades psiquiátricas crónicas del tipo de la esquizofrenia, trastornos bipolar u otras psicosis pueden presentar deterioro cognitivo en el que predomina el perfil subcortical, y puede asociar distintos grados de compromiso de memoria<sup>(7)</sup>.

Luego de los 55 años, comienzan a aparecer los trastornos de memoria vinculados a **encefalopatías degenerativas y encefalopatía vascular**. En estas patologías el comienzo es insidioso.

### Amnesia de instalación brusca

Los trastornos de memoria de instalación brusca son relativamente raros, y siempre están vinculados a una patología amnesiante definida (*traumatismo de cráneo, hemorragia subaracnoidea, etc.*). Estos trastornos, en ausencia de patología neurológica asociada, y los trastornos de memoria comienzo insidioso de muchos años de evolución (en ocasiones mayores a 8 años), sin compromiso de otras funciones cognitivas en la evolución, tienen alta probabilidad de estar vinculados con *trastornos afectivo-emocionales o patología psiquiátrica*.

Un caso particular lo constituyen los trastornos de memoria de instalación brusca pero de duración transitoria. Tres son las posibilidades en esta situación: **Amnesia Global Transitoria, Amnesia psicógena y efecto secundario de medicación hipnótica**.

### Amnesia Global Transitoria

Es un trastorno de memoria de instalación brusca, que dura 4-6 horas en promedio, donde el paciente presenta

amnesia anterógrada de algunos años de extensión (de 2 o más) y amnesia anterógrada masiva, que lo torna sumamente reiterativo, y le da la característica más típica al episodio junto con el trastorno de memoria: el paciente pregunta reiteradamente *"que me pasó...?"*, *"por qué estamos acá?"* (cuando lo llevan a Emergencia), *"por qué vino Fulano...?"*.

Los familiares contestan todas estas preguntas y a los pocos minutos el paciente las repite. Los pacientes pueden estar algo ansiosos, *"perplejos"* frente a la situación, pero nunca agitados ni con compromiso de conciencia.

### Amnesia psicógena

Algunas características orientan al diagnóstico: la presencia de amnesia de identidad -el paciente *"olvida"* quién es o cómo se llama-, la capacidad de *"re-aprender"* a medida que se le indica *-inconsistencia con las características de la amnesia anterógrada, parte integrante del Síndrome Amnésico-*, la presencia de *"amnesia lacunar"* en relación a un período, a una persona o a determinadas actividad, la eventual presencia de disparadores afectivo-emocionales, la discordancia entre una eventual noxa (*traumatismo de cráneo banal sin pérdida de conocimiento por ejemplo*) y las consecuencias posteriores.

### Efecto secundario de la medicación

La medicación hipnótica tomada incorrectamente puede estar en la base de esta amnesia. En algunos casos los pacientes toman medicación hipnótica pero luego, por distintas circunstancias, no se acuestan a dormir, y desarrollan distintas actividades.

En esta situación pueden presentar amnesia lacunar de la noche anterior, donde pudieron haber tenido una actividad completamente eufrásica, pero que no queda registrada en la memoria.

### Falla atencional

Vale la pena insistir en que se debe buscar semiológicamente el perfil orgánico del olvido, con olvido de hechos recientes, dificultades para retener nueva información, reiteratividad, y pérdida de objetos de uso frecuente. Como dijimos, muchas de estas características son relativizadas o negadas por el paciente, y deben ser interrogadas al familiar.

Un perfil particular de trastornos cognitivos puede ser referido como *"trastornos de memoria"* porque el paciente los *"siente"* así, cuando en realidad son secundarios a disturbios atencionales. Este patrón se observa predominantemente en pacientes jóvenes, pero no únicamente.

Esto paciente muchas veces refieren que *"...se olvidan de todo..."*, afirmación que debe ser analizada. Cuando se le interroga en profundidad, el paciente relata que tiene momentos de pérdida de la finalidad de la acción: *"olvida"* o pierde el objetivo de lo que estaba haciendo.

El paciente en general transmite esto como episodios de *"mente en blanco"* o de *"a que venía?"*. Con frecuencia,

## Concepto de Demencia

**Síndrome clínico** con **declinación cognitiva** desde un previo nivel superior de funcionamiento.

-Se manifiesta por deterioro de **funciones cognitivas** como:

- Memoria.
- Función ejecutiva / atención / velocidad psicomotora .
- Lenguaje.
- Habilidades visuo-espaciales y orientación espacial.
- Praxias.

-Los déficits deben ser severos como para **interferir con las actividades de la vida diaria**, en un inicio instrumentales o complejas y luego básicas.

-Secundario a una **encefalopatía**.

-**No vinculado a trastornos de conciencia, síndrome confusional, ni psicosis.**

**Tabla 2**

Adaptado de OMS (Organización Mundial de la Salud) y  
DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition)

acompañando a estos síntomas, puede asociarse sensibilidad aumentada a las interferencias, que hace que no completen una tarea que empezaron cuando algo diferente capta su atención o los interrumpe. Esto se traduce en diferentes situaciones domésticas, donde se dejan “*a medio hacer*” algunas cosas (*caldera en el fuego, arreglar un cuarto, etc.*) y pueden tener accidentes domésticos que los asustan mucho y con frecuencia motivan la consulta.

Estas alteraciones, cuando aparecen en sujetos de menos de 55 años, están muy probablemente vinculadas con situaciones de stress, ansiedad, sobrecarga, estructura de personalidad y/o trastornos afectivos. También se pueden observar en sujetos añosos, y si bien muchas veces incide un componente afectivo, pueden acompañar a procesos de deterioro orgánico, y deben ser estudiados en profundidad.

Es de gran importancia llegar a una conclusión semiológica sobre el trastorno de memoria que refiere un paciente, básicamente si es un disturbio atencional o si es un **Síndrome Amnésico Orgánico**.

En el caso que sea atencional, puede mejorar con medicación apropiada (antidepresivos, ansiolíticos). Si es un Síndrome Amnésico Orgánico, puede ser el inicio de un deterioro cognitivo secundario a una encefalopatía.

## Evolución

Los trastornos de memoria secuelas secundarios a alguna forma de agravo encefálico (*traumatismo encefalo-craneano, encefalitis herpética, etc.*), se mantienen estables o inclusive pueden mejorar ligeramente, dado que están vinculados a encefalopatías no evolutivas.

Los *disturbios atencionales* en general evolucionan con oscilaciones, relacionadas con el grado de estrés, sobrecarga o estado afectivo del paciente.

Los trastornos de memoria orgánicos relacionados con una encefalopatía degenerativa o vascular, invariablemente en la evolución pueden asociar compromiso de otras funciones cognitivas, en un lapso de algunos años. Por esta razón hay que dudar de los “*trastornos de memoria de 10 años de evolución*” en ausencia de un agravo encefálico, que plantean algunos pacientes.

En la evolución, los pacientes pueden ir asociando dificultades en la organización de tareas complejas o en la resolución de problemas no habituales o en su trabajo, dificultades en la orientación topográfica, problemas en la administración de sus finanzas. Esto genera un leve compromiso de las actividades más complejas de la vida diaria. La evolución progresiva y sostenida de estas alteraciones lleva a la Demencia. (*ver Tabla 2*)

A fines de la década de 1990, Ronald Petersen<sup>(8, 9)</sup>, en el seguimiento de una cohorte de pacientes mayores de 65 años, con trastornos de memoria, pero sin compromiso de otras funciones cognitivas, observó que un 12-15 % de ellos desarrollaba demencia en un año, a diferencia de una población de igual edad y sin trastornos de memoria, que solo desarrollaba demencia en 1-2% en un año.

Dicho de otra manera, los pacientes mayores de 65 años, con trastornos de memoria diagnosticados por valoración neurocognitiva, *tiene un riesgo entre 8 y 10 veces mayor de desarrollar una demencia en 1 año*. A esta condición (*trastorno de memoria aislado o con otros ligeros compromisos en otros dominios cognitivos, sin compromiso de las actividades de la vida diaria, o muy leves*), se la llamó **Déficit Cognitivo Leve**. Los porcentajes de conversión a Demencia varían algo entre los estudios, pero hay un consenso en que entre el 12 y 15%.

Solo los déficits de memoria de grado moderado a severo pueden ser evidenciados en un examen en el consultorio. Puede preguntársele al paciente el quién es el presidente actual y el anterior, algunos hechos de notoriedad recientes, y algunos elementos autobiográficos, para lo que necesitamos el concurso de un informante que los corrobore. Se puede realizar también la prueba del *Mini-Mental State Examination* (MMSE)<sup>(10)</sup>, decirle 3 palabras y solicitar que las evoque luego de una tarea distractora o de algunos minutos, o la prueba clásica de Pierre Marie de los “*3 objetos escondidos*”, en la que se guardan 3 objetos diferentes frente al paciente, y en algunos minutos se le pide que evoque qué objetos eran y dónde estaban.

Los trastornos de memoria iniciales, más sutiles, comienzan por la dificultad en retener nueva información, puesta de manifiesto particularmente por las dificultades en los procesos de adquisición del nuevo material y las tasas de

olvido aumentadas. Esto solo puede ser evidenciado en una exploración neurocognitiva protocolizada y exigente. Estas alteraciones son las típicamente presentes en el **Déficit Cognitivo Leve**, en que el examen clínico de la memoria en el consultorio puede resultar prácticamente normal en estos pacientes.

En un estudio que realizamos en 117 pacientes con diagnóstico de déficit cognitivo leve por estudio neuropsicológico<sup>(11)</sup>, solo el 11% (13 pacientes) tuvieron scores en el MMSE menores a 26 puntos, valor tomado habitualmente como score de corte para sospecha de deterioro cognitivo. Este hecho demuestra la escasa utilidad de la valoración clásica de screening para detectar deterioros cognitivos en sus etapas iniciales.

### Método de Estudio<sup>(12)</sup>

El estudio neuropsicológico es el primer estudio a indicar en pacientes con déficit cognitivo leve. Este déficit solo puede sospecharse por la anamnesis, antecedentes y examen clínico en el consultorio, y se confirma únicamente por el estudio neuropsicológico completo.

El estudio neuropsicológico es una extensión de la entrevista clínica que utiliza herramientas protocolizadas y normatizadas para evaluar distintos dominios cognitivos: **orientación, memoria, función ejecutiva** (capacidad de

*razonamiento, atención, velocidad psicomotora*), **lenguaje y habilidades visuo-espaciales**.

Permite establecer un perfil de compromiso (cortical subcortical), que servirá como orientación para el diagnóstico de la encefalopatía.

La evaluación cuantifica/califica los déficits lo que permite establecer una “línea de base” que podrá ser utilizada en el futuro para comparar otras evaluaciones y controlar la evolución. Este estudio es también un importante documento médico-legal de uso habitual en otorgamiento de pensiones y litigios por capacidad.

Si bien todo paciente que consulta por trastornos de memoria debiera realizarse un estudio de neuroimagen, éste se puede dilatar hasta tener el resultado del estudio neuropsicológico.

Si la evaluación neurocognitiva arroja sospechas de organicidad, debe realizarse sin duda una neuroimagen, pero si orienta a trastornos atencionales, puede evitarse.

También se debe tener en cuenta que algunas patologías de causas médicas pueden acompañarse de trastornos de memoria, especialmente el hipotiroidismo, el déficit de vitamina B12 y folatos y deben ser estudiados mediante dosificaciones específicas.

**Recibido:** 13/04/2015  
**Aprobado:** 10/05/2015

### Bibliografía

1. Lezak M. Memory I: tests. Neuropsychological assessment. 3ª edición. New York: Oxford University Press, 1995; 429-498.
2. Fontán L. Los Trastornos de Memoria. En: Lorenzo J y Fontán L. Fundamentos de Neuropsicología Clínica. Montevideo: Oficina del Libro – FEFMUR – Facultad de Medicina – Universidad de la República, 2004.
3. Dalmas, F. Neuropsicología de la memoria. En F. Dalmas (Ed), La memoria desde la neuropsicología. Montevideo: Roca Viva, 1993; 21-42.
4. Markowitsch, HJ. Memory and Amnesia. Principles of Behavioral and Cognitive Neurology. Oxford: 2ª edición, Oxford University Press, 2000; 257-293.
5. Fontán L. Bases Neurobiológicas y Clínicas para la Neuroprotección y Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer. Archivos del Instituto de Neurología, 2001; 4(3): 142- 152
6. Fontán L. Semiología de la Memoria. En: Dalmás F. La memoria desde la Neuropsicología. Montevideo: Roca Viva Editorial, 1993; 133-168.
7. Harvey PD, Wingo AP, Burdick KE, Baldessarini RJ. Cognition and disability in bipolar disorder: lessons from schizophrenia research. Bipolar Disorder 2010;12(4):364-375.
8. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. Arch Neurol. 1999 Mar; 56(3):303-8.
9. Lorenzo J y Fontán L. Las fronteras entre el envejecimiento normal y la Enfermedad de Alzheimer. El déficit Cognitivo leve. Revista Médica del Uruguay, 2003; 19:4 -13
10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. J Psychiatr Res. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. 1975 Nov; 12(3):189-98.
11. Fontán, L, Lorenzo J y Silveira A. Perfil de alteración en el MMSE en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve. Revista de Neurología (España), 2004; 39(4): 316-321.
12. Maalouf M, Ringman JM, Shi J. ). An update on the diagnosis and management of dementing conditions. Rev Neurol Dis. 2011;8(3-4 Disponible en://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4096631/. Consultado en: 12/04/15.