

Amnesia topográfica transitoria: descripción de una serie de ocho casos

Cristina Naranjo-Fernández, Antonio Arjona, Pablo Quiroga-Subirana, Manuel Payán-Ortiz, Pedro Guardado-Santervás, Pedro J. Serrano-Castro, Almudena Aguilera-Del Moral

Introducción. La afectación de la memoria, en concreto la orientación espacial, está presente en patologías como la demencia, accidentes cerebrovasculares o traumatismos craneoencefálicos. Más raramente ocurre de forma transitoria en personas sanas sin daño cerebral evidente, denominándose amnesia topográfica transitoria (ATT). El objetivo de este trabajo es describir una serie de ocho casos de ATT valorados en una consulta de neurología.

Casos clínicos. Serie de ocho pacientes diagnosticados de ATT entre los años 2002-2008. Como criterios de inclusión, se consideraron aquéllos que habían presentado al menos un episodio de desorientación espacial episódica sin pérdida de memoria ni conciencia, pudiendo describir los eventos ocurridos, en ausencia de deterioro cognitivo previo y con exploración neurológica normal. Las características demográficas fueron: predominio de sexo femenino (75%) y edad media de $69,13 \pm 8,79$ años. El número medio de episodios fue de 1,75 (rango: 1-3), con una duración media de 24,5 minutos. Tres de los ocho pacientes asociaban factores de riesgo vascular. Los ocho pacientes tenían estudios de neuroimagen donde no se observaron hallazgos de interés, salvo un caso con un área poncefálica frontal bilateral antigua a un traumatismo craneoencefálico. Se realizó tomografía simple por emisión de fotón único cerebral y ecografía Doppler a dos pacientes, con resultados normales, así como electroencefalograma, que fue también normal. Hubo un seguimiento a todos los pacientes, sin observarse ningún cambio clínico, salvo un paciente que desarrolló demencia a los seis años del episodio de amnesia.

Conclusiones. La ATT se trata posiblemente de una entidad infradiagnosticada, que creemos que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes remitidos por sospecha de deterioro cognitivo.

Palabras clave. Agnosia topográfica. Amnesia. Amnesia global transitoria. Demencia. Memoria. Trastorno de memoria espacial.

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería, España.

Correspondencia:

Dra. Cristina Naranjo Fernández. Isaac Peral, 7, 2.º. E-04003 Almería.

E-mail:

naranjo_cristina81@hotmail.com

Aceptado tras revisión externa:

13.11.09.

Cómo citar este artículo:

Naranjo-Fernández C, Arjona A, Quiroga-Subirana P, Payán-Ortiz M, Guardado-Santervás P, Serrano-Castro PJ, et al. Amnesia topográfica transitoria: descripción de una serie de ocho casos. Rev Neurol 2010; 50: 217-20.

© 2010 Revista de Neurología

Introducción

La afectación de forma transitoria de las facultades cognitivas, en concreto de la memoria, ha sido objeto de estudio desde hace más de 50 años. En pacientes con deterioro cognitivo, accidentes cerebrovasculares o traumatismos craneoencefálicos, puede ocurrir que la sintomatología sea tan restringida que sólo interese a la orientación espacial. Esta circunstancia ocurre más raramente en personas sanas sin daño cerebral evidente y se denomina amnesia topográfica transitoria (ATT).

En esta entidad, bien conocida aunque escasamente descrita en nuestro medio [1], el individuo se desorienta espacialmente y, aunque reconoce perfectamente los enclaves del entorno que generalmente le son familiares, es incapaz de elaborar en su mente una ruta de cómo y por dónde dirigirse a su destino [2].

El origen de esta entidad se desconoce, aunque se han descrito casos de origen epiléptico o vascular localizados a nivel temporooccipital derecho o parietal derecho (o bilateral), y se ha relacionado con la amnesia global transitoria, trastorno con síntomas

muy similares, pero mejor estudiado en la literatura neurológica [2-5].

El objetivo de esta publicación es describir una serie de ocho casos de ATT valorados en una consulta de neurología.

Casos clínicos

Hemos revisado los pacientes diagnosticados de ATT en una consulta de neurología, derivados para descartar deterioro cognitivo, durante el período comprendido entre los años 2002 y 2008. Los criterios de inclusión fueron: haber presentado al menos un episodio de desorientación espacial episódica en ausencia de deterioro cognitivo previo, que fuesen capaces de relatar lo ocurrido y con una exploración neurológica normal.

Durante el período estudiado, se diagnosticaron ocho casos de ATT, el 75% mujeres, con una edad media de $69,13 \pm 8,79$ años.

Tres de los ocho pacientes (37,5%) asociaban factores de riesgo vascular, como diabetes melli-

Tabla. Características de nuestra serie de pacientes.

Sexo	Edad (años)	Comorbilidad	N.º de episodios (duración)	Pruebas de neuroimagen	Doppler de TSA	EEG	Test neuropsicológicos	Otros ^a	Evolución
Mujer	73	Asma, artrosis, hiperglucemia, artritis temporomandibular	2 (min)	TAC craneal: normal	–	–	MMSE (2004): 25/30 Test del reloj: 8/10	Analítica: normal	Asintomático a los cuatro años
Mujer	69	DM insulinodependiente, HTA, hipercolesterolemia, anemia, lumbociática, STC	2 (min)	TAC craneal: normal	–	–	MMSE (2002): 25/30	–	Asintomático a los cuatro años
Mujer	64	Rizartrosis, hipotiroidismo, fiebre botonosa, ánimo deprimido	1 (10 min)	TAC craneal: normal	–	Normal	MMSE (10/2002): 23/30 MMSE (12/2002): 23/30	Analítica: normal	Asintomático a los dos años
Hombre	69	Hipoacusia	3 (2 min)	TAC craneal: normal (2003) SPECT cerebral: normal	Normal	–	–	Analítica: normal	Asintomático a los tres años
Mujer	64	–	3 (s)	TAC craneal: normal SPECT cerebral: normal	–	–	MMSE (2007): 22/25	Analítica: normal	Asintomático a los dos años
Mujer	82	–	1 (min)	TAC craneal: normal	–	–	MMSE (2003): 23/30	Analítica: normal	Asintomático a los cinco años
Hombre	78	TCE hace 20 años, DM tipo 2, presbiacusia, deterioro cognitivo leve	1 (3 h)	TAC craneal: hipodensidad frontal secundaria a TCE	Normal	Normal	MMSE (2003): 25/30 Test del reloj: 9/10	Analítica: normal	A los seis años, demencia
Mujer	54	Plaquetopenia autoinmune, osteoporosis, cefalea habitual	1 (1 min)	RM: normal	–	–	MMSE (2006): 27/30	–	Pérdida

DM: diabetes mellitus; EEG: electroencefalograma; HTA: hipertensión arterial; MMSE: test minimental de Folstein; RM: resonancia magnética; SPECT: tomografía simple por emisión de fotón único; STC: síndrome del túnel del carpo; TAC: tomografía axial computarizada; TCE: traumatismo craneoencefálico; TSA: troncos supraaórticos. ^a Analítica: hemograma, bioquímica hepatorenal, coagulación, hormonas tiroideas, vitamina B₁₂, velocidad de sedimentación globular y ácido fólico.

tus o hiperglucemias, dislipemia o hipertensión arterial.

Los episodios de amnesia topográfica duraron una media en minutos de 24,5. El número medio de episodios fue de 1,75 (rango: 1-3).

No se identificaron factores desencadenantes, salvo ánimo deprimido en un paciente.

Los ocho pacientes mostraron estudios de neuroimagen sin hallazgos de interés, excepto un caso en el que se observó una área porencefálica frontal bilateral antigua a un traumatismo craneoencefálico.

Se realizó tomografía simple por emisión de fotón único cerebral y ecografía Doppler a dos pacientes, con resultados normales, y a dos pacientes se les realizó electroencefalograma, que fue también normal.

Hubo un seguimiento en todos ellos, sin observarse ningún cambio clínico ni tampoco en la exploración neuropsicológica, salvo un paciente de 78 años que desarrolló una demencia a los seis años del episodio de ATT.

En la tabla se resumen los principales datos de nuestra serie.

Discusión

La mayoría de las publicaciones que se han ocupado de la ATT son italianas y consisten en series de pacientes similares a la nuestra, tanto en número como en sus características. De este modo, se observa que esta entidad es mucho más frecuente en mujeres sanas de mediana o avanzada edad [2,3].

Stracciari et al recogieron en 2002 una nueva serie de 12 casos con ATT. Siete eran mujeres, con edad media de 66 años, y 10 habían experimentado más de un episodio de ATT. Se compararon con sujetos control, y se administró a ambos grupos una batería de pruebas neuropsicológicas, sin obtener diferencias significativas entre ellos, salvo en el test llamado 'mapa de Italia', que valoró la cognición espacial. Los autores plantearon la hipótesis de daño secuelar tras la ATT como explicación de los resultados en los pacientes que ya se encontraban asintomáticos. Observaron que factores relacionados con el ánimo, como el estrés, podían interferir en una correcta orientación espacial y precipitar estos episodios [2].

También Stracciari et al publicaron 10 casos, todos de mujeres, con edades comprendidas entre los 58 y 81 años, con pruebas complementarias normales. Un caso había presentado, además, un episodio previo de amnesia global transitoria [3].

En España, encontramos una comunicación en forma de resumen [1], y un artículo de Gil-Néciga et al acerca del estudio de 10 casos diagnosticados de ATT con el fin de poder encontrar una etiopatogenia común que explique la producción de esta entidad [5]. Sin embargo, realmente, la naturaleza de estos eventos sigue siendo desconocida.

Tal y como se comenta en la bibliografía, muy ocasionalmente podrían tener un origen isquémico, aunque en la mayoría de los casos no existen datos que apoyen esta hipótesis. Cammalleri et al publicaron en 1996 un caso de ATT con lesión vascular en el giro cingular derecho [6], y Suzuki et al un caso con clínica tras intervención de una malformación arteriovenosa occipital derecha [7]. Aguirre y D'Exposito [8], en su trabajo, propusieron una taxonomía de la ATT en función del área neuroanatómica implicada tras haber analizado publicaciones anteriores y experiencias propias. Así, ellos identificaron un subtipo de ATT en la que el sujeto se desorienta respecto a él mismo, permaneciendo el reconocimiento de los enclaves intacto (desorientación egocéntrica). En otro subtipo prevalece la inhabilidad para elaborar la ruta desde su situación al punto de destino (*heading disorientation*); finalmente, puede existir una incapacidad para reconocer los enclaves característicos del exterior (*landmark agnosia*). La primera estaría relacionada con una lesión en el lóbulo parietal posterior, la segunda en el cíngulo posterior, y la tercera en la región occipitotemporal mesial derecha, pudiendo asociarse con otras agnosias, especialmente la prosopagnosia (como en el caso de Suzuki et al).

En nuestra serie no hemos documentado ningún caso que pueda atribuirse a un origen vascular.

En segundo lugar, podría tratarse de un síntoma precoz de demencia. Entre los ocho pacientes sólo uno evolucionó a demencia a los seis años, por lo que, dada la edad del paciente, 78 años, difícilmente la ATT puede atribuirse al deterioro cognitivo en el momento de su presentación.

Otra hipótesis etiológica propuesta ha sido la epiléptica [9]. En nuestro caso, los pacientes no presentaron clínica sugestiva alguna. Tampoco había alteraciones en los electroencefalogramas realizados, alteración de la memoria interictal ni necesidad de tratamiento con fármacos antiepilépticos,

premisas que sugieren Stracciari et al para catalogar al evento como amnesia epiléptica transitoria [10].

Tampoco hemos identificado de forma consistente factores desencadenantes ni antecedentes de trastornos, como amnesia global transitoria o similares, que puedan orientarnos en la etiología [11,12].

En cualquier caso, nuestro estudio presenta evidentes limitaciones, dado su carácter retrospectivo, sin posibilidad de realización de un protocolo de estudio sistematizado en todos los pacientes. Hay que resaltar que se trata de pacientes derivados a la consulta para descartar la existencia de deterioro cognitivo y, aunque consideramos muy interesante profundizar en otros aspectos ya comentados, nuestro objetivo no es otro que describir la existencia de esta entidad entre los sujetos que presumiblemente impresionan sobre un posible inicio de demencia.

En conclusión, consideramos que la ATT se trata posiblemente de una entidad benigna e infra-diagnosticada que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes remitidos por sospecha de deterioro cognitivo.

Bibliografía

1. Taberner C, Riveira C, Conde A, Borja S, Duarte J, Clavería LE. Desorientación topográfica transitoria: cuatro nuevos casos de un trastorno inusual. LVI Reunión Anual de la SEN. *Neurología* 2004; 19: 587.
2. Stracciari A, Lorusso S, Delli Ponti A, Mattarozzi K, Tempestini A. Cognitive functions after transient topographical amnesia. *Eur J Neurol* 2002; 9: 401-5.
3. Stracciari A, Lorusso S, Pazzaglia P. Transient topographical amnesia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57: 1423-5.
4. Stracciari A. Transient global amnesia and transient topographical amnesia: an observation favoring the hypothesis of a common pathogenesis. *J Neurol* 2003; 250: 633-4.
5. Gil-Néciga E, Alberca R, Boza F, Montes E, Sánchez B, García LR, et al. Transient topographical disorientation. *Eur Neurol* 2002; 48: 191-9.
6. Cammalleri R, Gangitano M, D'Amelio M, Raieli V, Raimondo D, Camarda R. Transient topographical amnesia and cingulate cortex damage: a case report. *Neuropsychologia* 1996; 34: 321-6.
7. Suzuki K, Yamadori A, Takase S, Nagamine Y, Itoyama Y. Transient prosopagnosia and lasting topographical disorientation after the total removal of a right occipital arteriovenous malformation. *Rinsho Shinkeigaku* 1996; 36: 1114-7.
8. Aguirre GK, D'Exposito M. Topographical disorientation: a synthesis and taxonomy. *Brain* 1999; 122: 1613-28.
9. Serafetinides EA. Transient epileptic amnesia: a clinical update and a reformulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57: 1549.
10. Stracciari A, Ciucci G, Bianchedi G, Rebucci GG. Epileptic transient amnesia. *Eur Neurol* 1990; 30: 176-9.
11. Baron JC, Petit-Taboué MC, Le Doze F, Desgranges B, Ravenel N, Marchall G. Right frontal cortex hypometabolism in transient global amnesia, a PET study. *Brain* 1994; 117: 545-52.
12. Marín-García E, Ruiz-Vargas JM. Amnesia global transitoria: una revisión. I. Aspectos clínicos. *Rev Neurol* 2008; 46: 53-60.

Transient topographical amnesia: a description of a series of eight cases

Introduction. Impaired memory, and more particularly spatial orientation, occurs in pathologies such as dementia, cerebrovascular accidents or traumatic brain injuries. Less frequently it also appears as a transient disorder in healthy people with no apparent brain damage, in which case it is known as transient topographical amnesia (TTA). The aim of this work is to report on a series of eight cases of TTA that were evaluated in a neurology unit.

Case reports. We study the cases of eight patients diagnosed with TTA over the period 2002-2008. Patients were considered to fulfil eligibility criteria if they had presented at least one episode of spatial disorientation, with no loss of memory or consciousness, and were able to describe the events that had taken place, without any previous cognitive impairment and with a normal neurological examination. The demographic characteristics taken into account in the study were: predominance of females (75%) and a mean age of 69.13 ± 8.79 years. The mean number of episodes was 1.75 (range: 1-3), which lasted an average of 24.5 minutes. Three of the eight patients had associated vascular risk factors. Neuroimaging studies did not reveal any relevant findings in any of the eight patients, except one case of a bilateral frontal porencephalic area resulting from a traumatic brain injury suffered in the past. Simple single-photon emission tomography and Doppler ultrasound imaging scans of the brain, as well as an electroencephalogram, were performed on two patients, the results being normal in all cases. Follow-ups were performed on all the patients, without any kind clinical change being observed, except for one patient who developed dementia at six years after the episode of amnesia.

Conclusions. TTA is possibly an underdiagnosed condition which we believe should be included in the differential diagnosis of patients who are referred owing to suspected cognitive impairment.

Key words. Amnesia. Dementia. Memory. Spatial memory disorder. Topographical agnosia. Transient global amnesia.