



Diagnóstico diferencial etiopatogénico de la demencia: otras demencias

A. Muñoz González, J.R. Pérez Sánchez y A. Contreras Chicote

Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Alzheimer
- Demencia cuerpos de Lewy
- Frontotemporal
- Demencia vascular

Keywords:

- Alzheimer's disease
- Lewy body dementia
- Frontotemporal
- Vascular dementia

Resumen

Para tipificar ante qué tipo de demencia nos encontramos, utilizamos los datos aportados por la anamnesis, la exploración física y los estudios neuropsicológicos. Con estas tres herramientas podemos diferenciar entre una enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy, demencia vascular y otras demencias. La neuroimagen, tanto estructural como funcional, puede visualizar la localización de los cambios macroscópicos existentes del tejido cerebral en determinadas áreas, facilitando el diagnóstico diferencial. Conociendo los rasgos clínicos y exploratorios y las características neuropsicológicas básicas de cada uno de ellos podemos aproximar la etiopatogenia y, por tanto, el manejo clínico en muchos de los casos.

Abstract

Differential etiopathogenic diagnosis of dementia: other dementias

To establish the type of dementia, we use the data from the case history, the physical examination and the neuropsychological studies. With these three tools we can differentiate among Alzheimer's disease, frontotemporal dementia, Lewy body dementia, vascular dementia and other types of dementia. Neuroimaging, both structural and functional, can visualize the location of the macroscopic changes in the brain tissue in certain areas, facilitating the differential diagnosis. Knowing the basic clinical, exploratory and neuropsychological characteristics of each patient can help us determine the etiopathogenesis and thereby the clinical management in many cases.

Introducción

El objetivo es intentar tipificar ante qué enfermedad nos encontramos. Para ello nos valemos, además de los datos clínicos obtenidos por la anamnesis, de la exploración física y de los estudios neuropsicológicos. Estos últimos nos ayudan a perfilar de una forma detallada las esferas cognitivas más afectadas, dándonos en muchos casos una información muy valiosa para el diagnóstico diferencial. Además, ante una demencia debemos realizar siempre una prueba de imagen, ya sea una tomografía computarizada (TC) craneal o una resonancia magnética (RM) cerebral. Su objetivo fundamental será excluir lesiones secundarias, tratables en muchos casos,

destacando las neoplasias, los hematomas subdurales o la hidrocefalia crónica del adulto. Además, nos permiten detectar regiones de parénquima cerebral con pérdida de volumen característico en algunas demencias degenerativas como dato positivo de apoyo al diagnóstico, y siempre sin olvidar que este deberá realizarse en base a la clínica. En casos atípicos o de difícil diagnóstico se puede recurrir a la neuroimagen funcional. Estas pruebas son la tomografía por emisión de fotón único (SPECT) que permite medir la perfusión cerebral como signo de actividad cerebral, y la tomografía por emisión de positrones con fluorodeoxi-D-glucosa (FDG-PET) de la que se obtiene una estimación del metabolismo cerebral de la glucosa.

Enfermedad de Alzheimer

Síntoma inicial

El síntoma inicial más común es la pérdida de memoria para los hechos recientes. Puede comenzar con una afectación de otras funciones corticales, pero es menos frecuente. Es raro que la primera queja sea un trastorno conductual.

Síntomas adicionales

Las alteraciones conductuales son frecuentes desde el inicio y tienen un curso muy fluctuante. Las alucinaciones son raras, si aparecen son en fases tardías. En fases precoces lo más frecuente es la apatía, irritabilidad, depresión o ideación delirante. En fase avanzada pueden presentar agitación, vagabundeo y agresividad.

Exploración neurológica

En fases iniciales es normal y si hay signos neurológicos hay que plantearse otro diagnóstico. En fase avanzada habrá alteraciones motoras (lentitud, discinesias bucolinguofaciales), reflejos de liberación frontal o mioclonías.

Características neuropsicológicas

La batería neuropsicológica más usada es la CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease*). Incluye los siguientes subtest: fluencia verbal (categoría animal), test de Nominación Modificado de Boston, *Mini Mental State Examination* (MMSE), memoria de lista de palabras, praxia construccional y reconocimiento y recuerdo de listas de palabras. Se alteran la memoria episódica, las funciones visuales y el lenguaje.

Estadificación

Una vez que está el cuadro clínico establecido, dependiendo de la afectación para las actividades de la vida diaria (AVD), los dominios alterados y la puntuación en el MMSE se pueden diferenciar tres estadios.

Demencia leve

Alteración de la memoria de evocación de hechos recientes, alteraciones en la denominación. Dificultad para desarrollar su profesión, no en otras áreas. Corresponde a CDR 1, > 18/30 MMSE, estadio III-IV GDS/FAST.

Demencia moderada

Pérdida intensa de memoria de evocación y leves alteraciones de otras áreas cognitivas (lenguaje, función visoespacial, praxia, gnosia, pensamiento abstracto y/o capacidad ejecutiva).

Dificultad para desarrollar actividades domésticas. Corresponde a CDR 2, 12-18 MMSE, V GDS/FAST.

Demencia severa

Alteración en todos los campos antes dichos. Precisa ayuda para la mayoría o la totalidad de actividades básicas. Corresponde a CDR 3, < 12 MMSE, VI-VII GDS/FAST.

Estudio por neuroimagen

En la RM cerebral puede apreciarse una atrofia del lóbulo temporal medial (hipocampo y corteza entorrinal). En la neuroimagen funcional se puede detectar de forma precoz (más que en neuroimagen estructural) una disminución de la perfusión y/o metabolismo en la corteza temporo-parietal.

Demencia vascular

Se trata de un grupo muy heterogéneo. Hay diferentes tipos, puede ser producida incluso por un solo evento vascular en lugar estratégico. Aquí hablamos de los dos más importantes y frecuentes.

Cortical

Por infartos de arterias de calibre mediano/grande. Demencia de inicio agudo y evolución escalonada. Suele asociar signos focales en la exploración. En los estudios neuropsicológicos suele haber alteración de múltiples dominios (trastornos del lenguaje, de las praxias, funciones visoespaciales y visuoconstructivas, funciones perceptivas, cálculo y alteración mnésica).

Subcortical

Por acumulación de infartos lacunares o lesión de pequeño vaso. Instauración insidiosa, curso lento y progresivo, son frecuentes los cambios de carácter y personalidad (apatía, abulia). En la exploración podemos encontrar trastorno de la marcha, rigidez paratónica y síndrome pseudobulbar, así como liberación de reflejos primitivos. Incontinencia urinaria precoz. En los estudios neuropsicológicos predomina el trastorno disejecutivo, el trastorno de la atención y la capacidad de concentración, así como la pérdida de iniciativa y la falta de motivación. La alteración de la memoria puede ser predominante, pero mejora el rendimiento si se facilitan pistas o mediante la corrección de los déficits de atención.

Pruebas de neuroimagen

En la neuroimagen estructural se observará cualquier combinación de infartos cerebrales corticales, subcorticales, lacunares y leucoaraiosis, con atrofia difusa. Las pruebas funcionales no aportan datos de interés.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3809173>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3809173>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)