



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2193 - No todo es demencia senil

D. Ámez Rafael^a, N. Rivera Rodríguez^b y M. Berenguer Callejón^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Gangosa. Distrito Poniente. Vícar. Almería.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Mojonera. Distrito Poniente. Almería.

^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puebla de Vícar. Distrito Poniente. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 85 años que es traída por una de sus hijas a su nuevo (hace pocos días que vive con su hija) médico de Atención Primaria porque desde hace al menos 4 meses ha mantenido conflictos con sus anteriores vecinos, acusándolos de molestarla a horas intempestivas golpeando las paredes y hablando a voces no dejándola realizar una vida normal. A causa de estas manifestaciones clínicas, la paciente ha sido diagnosticada de demencia senil con deterioro cognitivo leve.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración de la paciente resulta ser rigurosamente normal en el momento de la consulta, estando perfectamente orientada en las tres esferas, no mostrando focalidad durante la exploración neurológica, obteniendo una puntuación de 28 puntos en el Test Minimental (MEC-30) y una puntuación de 8 y 9 en los tests del reloj a la orden y a la copia respectivamente. No obstante, seguía persistiendo la idea de que “los vecinos me siguen vigilando e incordiando” pese a estar en un nuevo domicilio. Presenta una TAC y analítica general y de orina compatibles con la normalidad, solicitadas por su anterior médico de Atención Primaria. Su hija refiere que siempre ha sido una persona muy suspicaz, habiendo tenido conductas similares previamente, pero no tan marcadas y que no han requerido, como en la situación actual, atención médica. Además, pese a no contar con ningún diagnóstico médico descrito, refiere que sus tíos maternos “se parecen mucho a ella”.

Juicio clínico: Dado el cuadro clínico de la paciente, los hallazgos anodinos de las pruebas complementarias, el examen físico y neurológico y la información que aporta su hija, se decide derivar a la paciente a su Unidad de Salud Mental de referencia donde es diagnosticada finalmente de un trastorno esquizofrénico. Tras pautar tratamiento con psicofármacos y ser evaluada en sucesivas visitas domiciliarias, la paciente se encuentra estable sin haber recidivado la clínica por la que consultó al inicio del caso.

Diagnóstico diferencial: Demencia con síntomas psicóticos. Depresión con síntomas psicóticos. Psicosis orgánica. Intoxicación farmacológica. Intoxicación por metales pesados. Dada la edad de la paciente es fácil barajar como primer diagnóstico una demencia. Sin embargo las manifestaciones clínicas (al menos dos síntomas positivos (alucinaciones y delirios) presentes en la evaluación) y la información que aporta su familiar (características de la paciente y los más que probables antecedentes familiares), no podemos obviar que se trate de otra entidad, como el trastorno psiquiátrico del que al final fue diagnosticada.

Comentario final: Es importante realizar una correcta y completa evaluación de los cuadros clínicos que cursen con alteración de conducta al margen de la edad del paciente, ya que, como en el caso que nos ocupa,

no siempre lo más prevalente debe ser la primera opción diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. McGrath J, Saha S, Chant D, et al. Schizophrenia a concise overview of incidence, prevalence and mortality. *Epidemiol Rev*. 2008;30:67-76.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
3. McGrath JJ. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology - the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111:4-11.