



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/713 - ¡Doctora... Es que todo lo olvido!

M.R. Alcaraz Martínez^a, M. Báez Encarnación^b, M.J. García Pino^b, I. Carrión Jiménez^b y R.A. Suero Sierra^c

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alberca. Murcia. ^cMédico de Familia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años con antecedentes de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda (estadio IA, pT1bpN0cM0) intervenida quirúrgicamente + quimioterapia adyuvante y actualmente con hormonoterapia, consulta por bradipsiquia y alteraciones de memoria frecuentes de meses de evolución. Cuenta problemática familiar y estado de ánimo bajo. Se realiza valoración cognitiva utilizando los siguientes cuestionarios: Pfeiffer: 4 y Mini Mental: 24 con resultado de demencia leve a moderada. Se pauta desvenlafaxina 50 mg por posible pseudodemencia. Consulta de nuevo por disartria y pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo progresiva. Exploración física: consciente y orientada en persona, desorientada parcialmente en tiempo y espacio. Bradipsiquia. MOEs sacádicos lentos con mínima limitación hacia arriba. BM 4+/5 en extremidades izquierda, 5/5 derecha. ROT algo exaltados. Marcha con discreto arrastre de pierna izquierda y disminución de brazo izquierdo. Se deriva a Urgencias para descartar patología intracraneal. Se decide ingreso en Neurología para completar estudio. Analíticas, Rx torác: normal. TAC craneal sin hallazgos patológicos significativos. PL rechaza. RM cerebral: atrofia frontal bilateral marcada y temporal leve. SPECT cerebral: sin evidencia de patología maligna. Exploración neuropsicológica: deterioro cognitivo moderado de características córtico-subcorticales con afectación de memoria asociativa, funciones ejecutivas y capacidad gestual de predominio izquierdo. Durante su ingreso se descarta origen tumoral con sospecha de Parkinsonismo atípico con tratamiento con carbidopa/levodopa con leve mejoría tras dos meses de tratamiento. En seguimiento por Neurología pendiente de DASTCAN.

Exploración y pruebas complementarias: Analíticas, serología, autoinmunidad, TAC craneal, Rx tórax, RM cerebral, SPECT cerebral, exploración neuropsicológica.

Juicio clínico: Parkinsonismo rígido bilateral de predominio izquierdo con discreta limitación de la movilidad ocular con deterioro cognitivo-leve cótico-subcortical.

Diagnóstico diferencial: Metástasis cerebrales. Parálisis supranuclear progresiva en estadio inicial. Enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro cognitivo marcado de inicio. Parálisis supranuclear progresiva. Síndrome parietal. Encefalopatía subaguda de origen neoplásico.

Comentario final: En la evaluación de un paciente con sospecha de deterioro cognitivo, la entrevista clínica es la mejor herramienta con la que contamos, que debe ser complementada con pruebas neuropsicológicas, estudios de laboratorio y de neuroimagen para excluir otras condiciones.

Bibliografía

1. Buter TC, van den Hout A, Matthews FE, et al. Dementia and survival in Parkinson disease: a 12-year population study. *Neurology*. 2008;70:1017.

Palabras clave: *Carcinoma ductal infiltrante. Deterioro cognitivo. Enfermedad de Parkinson.*