



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1753 - DOCTOR, ¿QUÉ LE PASA A MI MARIDO?

J. Ranchal Soto^a, E. Sánchez Fernández^b y E. Trillo Díaz^c

^aMédico de Familia. UGC Leganitos. Marbella. Málaga. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Torrox. Málaga. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vélez-Norte. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años sin alergias. Diagnosticado de trastorno depresivo grave con componente psicótico. Ingreso hospitalario por intento de autolisis a raíz de problemática laboral. En tratamiento con mirtazapina, venlafaxina, ketazolam y risperidona. Acude a su médico de familia acompañado de su mujer refiriendo ésta, que su marido se comporta de una forma extraña, con ideas paranoides de ruina, sin alucinaciones, asociado a bradipsiquia y alteración de la memoria, bradicinesia de 15 días de evolución, por lo que se deriva a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Orientado. Lenguaje normal con bradipsiquia y bradicinesia, no focalidad neurológica. Pupilas normales. Valoración psiquiátrica: pensamiento enlentecido, bloqueos mentales objetivos y respuesta motora enlentecida. Resto de exploración sin hallazgos. Minimental test 29. Analítica normal, lúes negativo, vitamina B12 y hormonas tiroideas normales. Radiografía de tórax normal. Ecografía abdominal y TAC craneal normal. Tras valoración por Medicina Interna y Psiquiatría se decide ingreso en planta y completar estudio. Resonancia craneal: normal. Electroencefalograma normal. En los días posteriores comienza con rigidez de miembros superiores con fenómeno de rueda dentada, reflejos osteotendinosos exaltados sin temblor. Ante la posible sospecha de Parkinson versus demencia frontotemporal se realiza un SPECT-TC con resultado de defecto de función cortical en regiones parietales, temporales con afectación más intensa en lado derecho. A nivel de núcleos basales se evidencia menor captación en lado derecho por lo que sugiere como diagnóstico más probable demencia de cuerpos de Lewy. Se suspende risperidona manteniendo el resto de medicación. Tras valoración por Neurología es diagnosticado de demencia frontotemporal añadiendo al tratamiento lamotrigina mejorando los síntomas depresivos y paranoides. Actualmente en seguimiento y en espera de evolución.

Juicio clínico: Demencia frontotemporal vs frontal.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Parkinson, demencia Alzheimer. Demencia vascular, demencia de cuerpos de Lewy.

Comentario final: Paciente con un cuadro depresivo por problemática laboral que evoluciona a deterioro cognitivo de instauración rápida y alteraciones del comportamiento que tras anamnesis y pruebas complementarias se diagnóstica de esta demencia.

Bibliografía

1. Ratnavalli E, Brayne C, Dawson K, Hodges JR. The prevalence of frontotemporal dementia. Neurology. 2002;58(11):1615-21.

Palabras clave: Demencia. Depresión.