

347/2856 - DEMENCIA SENIL. ¿DE RÁPIDA EVOLUCIÓN?

H. Lugo Ramos, C. Arenas Traverso y M. Núñez Prieto

Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Santa María del Puerto. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Motivo de consulta: "mi padre cada día está más demenciado". Antecedentes: fumador desde los 9 años, demencia senil (deterioro cognitivo con alucinaciones), EPOC, arteriopatía obliterante, neuritis óptica y en seguimiento en hematología por síndrome mielodisplásico. Tratamiento: Keppra, levomepromazina. EA: acude a Urgencias, por cuadro desde hace más de 1 semana con empeoramiento de su demencia senil, dado por bradipsiquia en aumento y bradilalia que alternan con episodios de euforia y tendencia a la agresividad. Con estudios previos: BodyTAC (4 meses antes de la consulta: fibrosis pulmonar, lesiones óseas D8 y L3. ¿Mieloma?, ¿metastásicas? Sin hallazgos relevantes en cráneo) y varias consultas los últimos meses en Medicina Interna donde se toma como "base" una demencia senil y estudios pendientes por hallazgos mencionados. No fiebre, ni otros síntomas de origen neurológico.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable y afebril. Senil, bradipsíquico, pálido, desorientado. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, no soplos. Auscultación pulmonar: MVC con roncus diseminados. Abdomen: blando, no doloroso. Extremidades: no edemas. Neurológico: Glasgow 15/15, PINRLA, bradipsiquia, lenguaje incoherente, discreta disminución de la fuerza muscular del hemicuerpo derecho. Hemograma: Leu: 16.000 con neutrofilia, anemia microcítica, bioquímica y coagulación normales. TAC cráneo: LOE cerebral fronto-temporal izquierda de 25 × 29 mm con marcado edema perilesional, efecto masa sobre ventrículo lateral y asta frontal izquierda. Comparado con estudio reciente (4 meses) donde no se visualizaba dicha imagen, se decide ingreso.

Orientación diagnóstica: LOE cerebral izquierda (probable metástasis).

Diagnóstico diferencial: ACV isquémico. Hematoma subdural. Demencia senil.

Comentario final: Las patologías neurológicas del paciente mayor generan siempre un reto en Urgencias, en este caso con estudios previos que descartaban patología cerebral, el deterioro cognitivo progresivo y rápido ha hecho sospechar proceso cerebral agudo. Probablemente la clínica previa, interpretada como demencia senil, era el inicio del compromiso cerebral de un proceso oncológico de base.

Bibliografía

1. García-Escrivá A, López-Hernández N. Uso de levetiracetam en monoterapia en crisis postictus de la población anciana. Rev Neurol. 2007;45:523-5.
2. Arbizu J, Domínguez PD, Diez-Valle R, et al. Neuroimagen de los tumores cerebrales, Revista Española de Medicina Nuclear. 2011;47:65-70.
3. Nayak L, Lee EQ, Wen PY. Epidemiology of Brain Metastases. Curr Oncol Rep. 2012;14:48-54.

Palabras clave: Demencia. Metástasis de la neoplasia. Neoplasias encefálicas.