Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 2285

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/2741 - NO TODOS LOS DETERIOROS COGNITIVOS TIENEN EL MISMO ORIGEN

M. Bautista Oropesiano[a], Z. Canales Calle[b], L. Moreno Pérez[c] y R. Orueta Sánchez[d]

[a]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sillería. Toledo. [b]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bargas. Toledo. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sillería. Toledo. [d]Médico de Familia. Centro de Salud de Sillería. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años. AP: tabaquismo. No otros antecedentes. Acude a consulta por presentar desde hace 2 meses pérdida de memoria, olvidos frecuentes, apatía, lentitud en movimientos, temblor ocasional al coger cosas y pérdida de apetito y peso.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 126/75. IMC: 20,08. ACP: normal. Exploración neurológica: normal. MMSE: 26/35.

Orientación diagnóstica: Inicialmente se solicita analítica y se prescribe tratamiento con sertralina 50 mg/día. Tras resultados de la analítica normales y dado que el paciente no mejora, se deriva a Neurología. En Neurología se amplían pruebas complementarias. Se realiza TAC cerebral observándose retracción parenquimatosa global aumentada para edad del paciente con predominio temporal, siendo diagnosticado de déficit aislado de memoria y manteniendo antidepresivo. En los 6 meses siguientes presenta deterioro progresivo. No se objetiva mayor deterioro cognitivo, pero sí cambios en carácter y episodios de agitación psicomotriz. Además, comienza a presentar debilidad intermitente en miembro superior derecho, disfagia y disfonía, y continúa perdiendo peso. En nueva exploración neurológica aparece piramidalismo generalizado con Hoffman positivo, hiperreflexia y fasciculaciones. El paciente es valorado nuevamente por neurología que solicita EMG estableciéndose el diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). El paciente falleció a los 2 meses del diagnóstico final.

Diagnóstico diferencial: Alzheimer u otras demencias. Demencias reversibles. Parkinson. Síndrome depresivo. Infecciones.

Comentario final: Ante un paciente que acude a la consulta de Atención Primaria por clínica de deterioro cognitivo hay que pensar en las causas más frecuentes que puedan justificar este deterioro: enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson y descartar deterioros cognitivos reversibles. Pero no hay que dejar de lado que existen otras patologías que pueden cursar con deterioro cognitivo y que no son tan frecuentes, como la ELA, donde el deterioro cognitivo es menos frecuente. Por ello, es importante realizar una exploración física y neurológica minuciosa e ir ampliando pruebas c en función de los hallazgos.

Bibliografía

1. Estévez JC, Molina A, Hérnandez I, et al. Formas de presentación de la esclerosis lateral amiotrófica en atención primaria. Aten Primaria. 2004;34:323.
2. Elman LB, McCluskey. Clinical features of amyotrophic lateral sclerosis and other forms of motor neuron disease. UpToDate, 2012.

Palabras clave: Deterioro cognitivo. Esclerosis lateral amiotrófica.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.