



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

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sillería. Toledo. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bargas. Toledo. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sillería. Toledo. ^dMédico 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 antidepressivo. 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 en función de los hallazgos.

Bibliografía

1. Estévez JC, Molina A, Hernández 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.