

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

424/57 - ¿ES UN DETERIORO COGNITIVO TIPO ALZHEIMER?

S. Soler Allué¹, C. Cañardo Alastuey², M. Sirera Rus³, A. Climente González⁴ y R. Torres Cabrero⁴

¹Médico de Familia. Centro de Salud Pirineos. Huesca. ²Médico Adjunto en Urgencias. Hospital San Jorge. Huesca. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Jorge. Huesca. ⁴Médico de Familia. Hospital San Jorge. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años sin antecedentes de interés. Acude a consulta de su médico de atención primaria acompañado de sus dos hijas que refieren que en los últimos 2 meses han ido observando como su padre ha presentado fallos de memoria importantes, y de forma fluctuante conversaciones incoherentes. Refieren que en el último año sí que habían notado a su padre más despistado y con fallos de memoria a corto plazo pero que eran más leves y que esté empeoramiento en el último tiempo es lo que les había llevado a consultar.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración neurológica normal. Miniexamen cognoscitivo de Lobo 22 y test de Pfeiffer 5. Dado el empeoramiento se solicita analítica completa con sedimento de orina y serologías. Todo ello fue negativo, por lo que se pide TAC cerebral que también es normal y se realiza interconsulta con Neurología. Se cita una segunda vez al paciente con resultados, para ver la evolución e intentar filiar el deterioro cognitivo. En la segunda visita, se observa como el paciente está desorientado temporo-espacialmente con un cuadro ansioso-confusional, con un claro empeoramiento en 15 días; por lo que al ser la analítica y el TAC cerebral normal se deriva al paciente a urgencias desde dónde lo ingresan en planta de Neurología, por un deterioro cognitivo subagudo. En neurología se objetiva como el paciente presenta: Glasgow 7 con mutismo y con respuesta al dolor permaneciendo todo el día en la cama. Se realiza punción lumbar con petición de anticuerpos onconeuronales, siendo ambos normales, se solicita nuevo TAC cerebral siendo patológico tras el cual se realiza biopsia cerebral por parte de Neurocirugía.

Orientación diagnóstica: Linfoma no Hodgkin.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia cerebral primaria/secundaria, absceso cerebral, Alzheimer.

Comentario final: Es importante filiar el deterioro cognitivo y hacer un seguimiento al paciente para ver si la evolución que lleva el paciente, es la evolución más usual. Ante un deterioro cognitivo subagudo hay que descartar como primera opción una causa órgano-estructural o metabólica causante del cuadro.

Bibliografía

1. Arevalo-Rodríguez I, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of Alzheimer's disease and other dementias in people with mild cognitive impairment (MCI). Cochrane Database Syst Rev. 2015 Mar 5;3:CD010783.

Palabras clave: Demencia. Alzheimer. Memoria.