



CARTAS AL EDITOR

Paciente con deterioro cognitivo y caídas en una consulta de psicogeriatría***Patients with cognitive impairment and falls in a psychogeriatric clinic***

Sr. Editor:

Presentamos el caso de un paciente de 77 años que acudió a la consulta externa de psicogeriatría para valoración de déficits cognitivos referidos por la familia. La esposa refería historia de un año de déficits en memoria y dificultad para encontrar las palabras, así como cambios en las actividades instrumentales de la vida diaria (dificultades para el uso del teléfono y pérdida de habilidades para tareas de bricolaje), manteniendo autonomía para actividades básicas de la vida diaria. El cuadro se acompañaba de historia de caídas (3 en el último año) junto con sensación de debilidad en las piernas referida por el paciente. No constaban antecedentes personales ni patológicos destacables. Las caídas habían sido valoradas unos meses antes en la consulta externa de medicina interna donde se orientó el cuadro como claudicación intermitente. En la exploración física destacaba: presencia de reflejos rotulianos vivos, reflejo cutáneo plantar extensor derecho e hipofonía, sin otras focalidades. Los test de *screening* cognitivo en la consulta mostraron: MMSE 18/30, test del reloj de 8/10 y evocación categorial de 7. Se realizó analítica (vitamina B₁₂, ácido fólico y TSH normales), TAC craneal (sin alteraciones relevantes) y estudio NPS (déficits mnésicos, de lenguaje y en praxis con un grado de afectación moderado-grave) con lo que se orientó el cuadro como una demencia tipo Alzheimer en fase moderada. Ante la historia de caídas de repetición, la hipofonía y los hallazgos exploratorios de piramidalismo se citó conjuntamente con el neurólogo. En dicha visita, 8 semanas después se objetivó un empeoramiento de la hipofonía y la presencia de fasciculaciones y destacaba que había padecido un episodio de infección respiratoria. Ante la sospecha de probable esclerosis lateral amiotrófica (ELA) se solicitó estudio electromiográfico que confirmó la orientación diagnóstica. El paciente presentó una rápida evolución clínica ingresando por disnea y fiebre a los 3 meses del diagnóstico y falleciendo en el ingreso. La familia autorizó la donación de cerebro al banco de tejidos neurológicos (IDIBAPS-Hospital Clínic de Barcelona.) El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de enfermedad de motoneurona (MN) con marcada afectación de segunda MN y discreta de primera neurona motora, con inclusiones intraneuronales y oligodendrogiales TDP43 positivas, compatible con los cambios neuropatológicos de una esclerosis lateral amiotrófica, con afectación extramotora (estadio 4 de Bretschneider) y discreto patrón de degeneración lobar de predominio frontal. Asimismo no se objetivaron las lesiones características de la enfermedad de Alzheimer.

Discusión

A raíz del caso presentado proponemos 3 reflexiones que creemos pueden ser de utilidad en la práctica diaria:

Primera: en la consulta de psicogeriatría es frecuente encontrarse con el binomio deterioro cognitivo y caídas. Es sabido que en el deterioro cognitivo leve y en la demencia el riesgo de caídas está aumentado, y en estudios epidemiológicos se ha comprobado que las alteraciones en la marcha y en el equilibrio pueden comportarse como marcadores diagnósticos precoces de demencia¹. Sin embargo, la presencia de caídas nos debe obligar a un examen más exhaustivo, inicialmente con una buena anamnesis y una fina exploración física, que nos pueda aportar datos que nos orienten o descarten otras posibles causas de caídas. No debemos olvidar tampoco, que diversas enfermedades neurodegenerativas que cursan con déficits cognitivos/demencia incluyen en su espectro clínico, y como parte de sus criterios diagnósticos, trastornos motores que pueden condicionar trastorno de la marcha y caídas (parálisis supranuclear progresiva, degeneración corticobasal...).

Segunda: como se ha publicado en otras cartas científicas de la presente revista^{2,3} el diagnóstico de ELA en ancianos puede ser un diagnóstico demorado en el tiempo y a veces infradiagnosticado. Destacamos el estudio realizado recientemente en nuestro entorno⁴, en el que a diferencia de los que mostraban los estudios epidemiológicos realizados hasta el momento con pico de incidencia a los 70 años seguidos de un descenso se detectó una incidencia específica por edades que aumentaba hasta los 80 años, con una incidencia en el grupo de pacientes de 80 años del 17,99 por 100.000 habitantes, siendo el porcentaje de casos con inicio por encima de los 80 años del 29,3%. Estos datos nos deben poner en alerta a los geriatras pues sugieren un mayor riesgo asociado a la edad.

Tercera: históricamente se pensaba que era infrecuente la asociación de ELA y deterioro cognitivo, pero se sabía que cuando este aparecía era predominantemente de características frontales⁵. En el caso clínico presentado el patrón neuropsicológico encontrado no era el más frecuentemente descrito y podía llevar a la conclusión clínica que coexistían 2 entidades neurodegenerativas distintas. El incremento notable del conocimiento molecular y genético sugiere que la Degeneración Lobar Frontotemporal (DLFT) y la ELA/MN podrían ser un *continuum*⁶, es decir serían 2 extremos clínicos de una misma entidad que puede manifestarse predominantemente con unos síntomas o con otros. Este salto en el conocimiento clínico ha emergido sobre todo con relación a la detección en los estudios necrópsicos de la proteína TDP-43, como principal integrante de los depósitos de ubiquitina, y ha dado lugar a una nueva clasificación⁶ de este grupo heterogéneo de enfermedades que tienen en común la degeneración focal de los lóbulos frontotemporales.

Para terminar decir que, a pesar del conocimiento acumulado en los últimos años, queda todavía camino a recorrer para poder acercarnos a los hallazgos de nuestra práctica clínica a la enfermedad

molecular subyacente. Ya que a menudo no es fácil llegar a conocer con exactitud el diagnóstico etiológico de las demencias, creemos que casos como el presentado aquí nos ayudan a ampliar nuestro conocimiento y a poder mejorar también nuestra práctica diaria.

Bibliografía

1. Casas A, Martínez N, Alonso FJ. Deterioro cognitivo y riesgo de caída en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:311–8.
2. Espauella M, Aragonès JM, Amblàs Novellas J, Molist N. Esclerosis lateral amiotrófica y disfagia en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50:97–104.
3. Ramírez Martín R, Díaz de Bustamante Ussia M, Rocío Menéndez C, González Montalvo JI. Varón de 77 años con disfonía y disfagia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51:360–1.
4. Aragonès JM, Altimiras J, Roura-Poch P, Homs E, Bajo L, Povedano M. Amyotrophic lateral sclerosis: A higher than expected incidence in people over 80 years age. Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener. 2016;17:522–7.
5. Woolley SC, Strong MJ. Frontotemporal dysfunction and dementia in amyotrophic lateral sclerosis. Neurol Clin. 2015;33:787–805.

6. Lashley T, Rohrer JD, Mead S, Revesz T. Review: An update on clinical, genetic and pathological aspects of frontotemporal lobar degenerations. Neuropathol Appl Neurobiol. 2015;41:858–81.

Lorena Bajo Peñas^{a,*}, María Teresa Romero Mas^a
y Josep Maria Aragonés Pasqual^b

^a Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, Vic, Barcelona, España

^b Hospital Universitari de Vic, Vic, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lbajo@hsc.chv.cat (L. Bajo Peñas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.01.010>
0211-139X/

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEGG.

La importancia del índice de masa corporal en la fuerza muscular



The importance of body mass index in the strength

Sr. Editor:

Leímos con mucho interés el artículo titulado «Sarcopenia en ancianos con antecedentes de EPOC/asma: resultados del estudio SABE-Bogotá» que se realizó en 2.000 personas de 60 años o más, cuyo objetivo fue describir la asociación entre la EPOC/asma y la sarcopenia¹.

Consideramos que el estudio es importante en términos de la salud de las personas adultas y el conocimiento que aporta sobre la sarcopenia. Sin embargo, consideramos que el estudio ha cometido un sesgo de mala clasificación² con la variable fuerza muscular al no considerar el índice de masa corporal (IMC) para agrupar correctamente a las personas con fuerza disminuida. Como se sabe, la sarcopenia es un síndrome que según el Consenso Europeo se caracteriza por la pérdida de la masa muscular más al menos uno de los siguientes factores: fuerza muscular disminuida y/o rendimiento físico disminuido³. En el Consenso Europeo de sarcopenia los puntos de corte sobre la fuerza muscular se basan en un estudio realizado por Linda Fried et al.⁴, quienes mostraron el uso del IMC dividido en cuartiles para cada sexo y de esta manera escoger a la población con una fuerza muscular disminuida. Dos estudios realizados en población joven (niños y adolescentes) en donde dividieron a la población de acuerdo a su IMC, vieron que existía una mayor fuerza muscular cuando el IMC era más alto^{5,6}. Además, otro estudio de cohorte realizado por Rebeca Hardy et al. en la población geriátrica también encontró una asociación significativa entre el IMC y la fuerza muscular en los adultos mayores de sexo masculino⁷.

En conclusión, una recomendación para futuros estudios es incorporar estos puntos de corte que permita clasificar mejor al paciente con sarcopenia y con esto tener resultados más precisos. Deseamos aconsejar la división de la fuerza muscular, estratificado

en sexo y ajustado por el IMC y no solo por sexo y talla como se hace en el artículo original.

Bibliografía

1. Borda MG, Celis-Preciado CA, Pérez-Zepeda MU, Ríos-Zuluaga JD, Cano-Gutiérrez CA. Sarcopenia en ancianos con antecedente de EPOC/asma: resultados del estudio SABE-Bogotá. Rev Esp Geriatria Gerontol. 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.003>, pii: S0211-139X(16)30102-0
2. Jurek AM, Greenland S, Maldonado G, Church TR. Proper interpretation of non-differential misclassification effects: Expectations vs observations. Int J Epidemiol. 2005;34:680–7.
3. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010;39:412–23.
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56:M146–56.
5. Hasan NAKAK, Kamal HM, Hussein ZA. Relation between body mass index percentile and muscle strength and endurance. Egypt J Med Hum Genet. 2016;17:367–72.
6. Lad UP, Satyanarayana P, Shisode-Lad S, Siri CC, Kumari NR. A Study on the Correlation Between the Body Mass Index (BMI), the Body Fat Percentage, the Handgrip Strength and the Handgrip Endurance in Underweight, Normal Weight and Overweight Adolescents. J Clin Diagn Res. 2013;7:51–4.
7. Hardy R, Cooper R, Aihie Sayer A, Ben-Shlomo Y, Cooper C, Deary IJ, et al. Body mass index, muscle strength and physical performance in older adults from eight cohort studies: The HALCYon programme. PLoS One. 2013;8:e56483.

Raúl Aliaga-Vega*, Sofía Altuna-Venegas y Jorge Luis Maguiña

Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raulav95@outlook.com (R. Aliaga-Vega).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.004>
0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.