

Demencia de inicio agudo

Cad Aten Primaria
Año 2014
Volume 20
Pág. 247

María José García Antelo

Servicio de Neurología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)

Varón de 79 años, entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial mal controlada, cardiopatía isquémica (enfermedad de un vaso, con estenosis 95% DAM, con implante de stent), flutter auricular anticoagulado con Acenocumarol, broncopatía crónica e insuficiencia renal crónica leve.

El paciente presenta un cuadro catarral con tos persistente que es tratado con Acetilcisteína y Codeína. Comienza en el contexto de dicho proceso respiratorio con desorientación témporo-espacial, trastorno de memoria reciente, disfasia nominal, agresividad, cambio de comportamiento y apatía, sin otra focalidad neurológica. A los 15 días del inicio de la clínica neurológica es valorado en la consulta de Neurología, en donde se descarta que haya sufrido otros cambios de tratamiento, algún traumatismo craneo-encefálico, fiebre, cefalea u otra clínica asociada. Previamente el paciente era completamente independiente para las actividades de la vida diaria y no presentaba ningún déficit cognitivo.

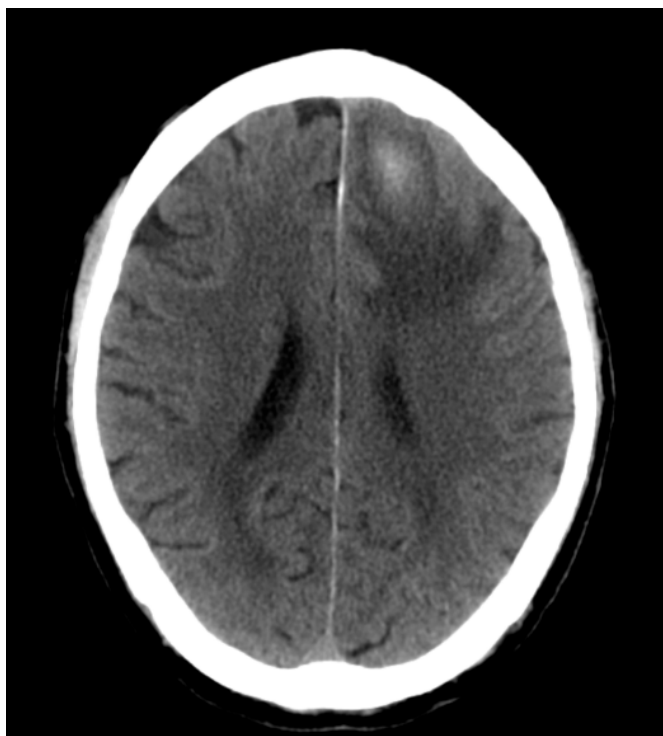


FIGURA 1: Imagen de TAC craneal a su llegada a urgencias, 20 días tras el inicio de la clínica, que muestra hemorragia cortico-subcortical frontal izquierda asociada a marcado edema, sin poder descartarse definitivamente lesión subyacente.

En la exploración neurológica el paciente se encontraba consciente, parcialmente desorientado en tiempo y espacio, bien orientado en persona. Tendencia al mutismo, apatía y abulia. Disfasia nominal importante, no disartria. Pares craneales: limitación leve de la superversión de la mirada y limitación moderada de la infraversión de la mirada, dificultad para protruir la lengua, resto de pares craneales sin alteraciones. Grasping derecho marcado, resto de regresivos sin alteraciones. Fuerza, tono y sensibilidad sin alteraciones. ROT presentes y simétricos a todos los niveles. RCP flexores. Marcha cautelosa. No espasticidad. Cerebelo sin alteraciones pero no es capaz de hacer bien las maniobras. Romberg negativo.

Se realiza MiniMental Test, obteniendo 20/35, con fallos en orientación témporo-espacial, memoria, cálculo, atención, nominación y praxia constructiva.

Ante la sospecha de demencia aguda es derivado a urgencias, en donde se realizaron pruebas complementarias. En la TC craneal se objetivaba una hemorragia intraparenquimatosa frontal izquierda asociada a marcado edema (figura 1).

Ante dicho hallazgo, ingresa en el Hospital para vigilancia neurológica y para descartar lesión subyacente por el marcado edema asociado. A los 8 días del ingreso se realizó TAC craneal de control que seguía mostrando la misma lesión y la RMN cerebral que objetiva hemorragia intraparenquimatosa frontal izquierda descartando patología tumoral subyacente (figura 2).

Una TAC tóraco-abdominal descartó enfermedad tumoral. Se completó el estudio con analítica con proteinograma, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico, que no mostraron alteraciones.

Un angio-TAC de polígono de Willis descartó alteración vascular (aneurisma, malformación arteriovenosa, etc.) subyacente.

Ante el diagnóstico de demencia aguda en relación con hematoma intraparenquimatoso frontal izquierdo en paciente hipertenso y anticoagulado, en el contexto de tos persistente, se inició tratamiento

Correspondencia

María José García Antelo

Servicio de Neurología. Hospital Universitario A Coruña.
C/ As Xubias, s/n. Código Postal 15006. A Coruña. España.
e-mail: marigaran@yahoo.es

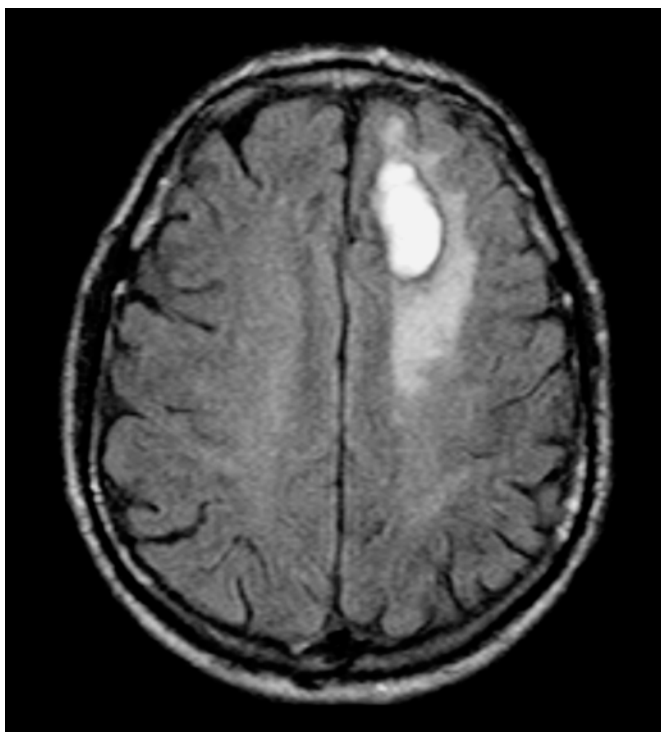


FIGURA 2: Imagen de RM cerebral que muestra en las secuencias en FLAIR hemorragia intraparenquimatosa frontal izquierda; evolución del coágulo con margen completo de hemosiderina y edema de sustancia blanca de centro oval.

con Dexametasona en pauta descendente progresiva. Se ajustó el tratamiento antihipertensivo y se estableció dieta sin sal.

El paciente permaneció con la misma clínica durante la semana siguiente, comenzando a recuperar las funciones cognitivas en las semanas sucesivas. Se mantuvo evolución favorable a lo largo de las semanas siguientes, permanecido consciente, orientado, colaborador, sin episodios de agitación psicomotriz y con buen control de la TA al ajustarse el tratamiento médico y pautar dieta sin sal.

Fue valorado a los 3 meses del alta en la consulta de Neurología con los siguientes resultados: MMSE 33/35 TAM 38/50, triple orden 2/3. Razonamiento abstracto: correcto. Lenguaje normal. En el momento actual el paciente se encuentra en situación basal, salvo por leve trastorno de memoria reciente, objetivable en el TAM.

Se trata de un paciente de 79 años, hipertenso mal controlado, anticoagulado con Acenocumarol por Flutter auricular, que no presentaba previamente ningún déficit cognitivo. En el contexto de tos persistente comenzó con un cuadro de trastorno de memoria reciente, alteración del cálculo, desorientación y cambio de conducta, que se mantenía en el tiempo. La TAC craneal fue el estudio clave para llegar al diagnóstico, que desveló una hemorragia frontal izquierda, la causa de su demencia.

Llama la atención que la familia no consultara antes al médico, probablemente esto ocurrió por la ausencia de otra focalidad asociada,

especialmente motora, sí típicamente presente en las hemorragias cerebrales extensas.

El cuadro que sufre el paciente se puede definir por tanto, como una demencia de inicio agudo. Sin embargo, la demencia suele ser de lenta evolución, a lo largo de meses o de años, en relación con procesos degenerativos. No obstante, existe un tipo de demencia aguda y rápidamente progresiva, que se desarrolla en días o pocas semanas, y que nos debe hacer pensar en otras etiologías de las demencias degenerativas. Son infrecuentes y en ocasiones difíciles de diagnosticar. Sin embargo, los primeros síntomas que asocia nos pueden dar la clave para llegar al diagnóstico.

Una vez que se llega a la conclusión de que el paciente tiene una demencia aguda, se deben realizar los siguientes estudios, como fue el caso de nuestro paciente:

- Análítica de sangre con hemograma, bioquímica que incluya iones, función renal y hepática, función tiroidea, B12, VIH, VSG y PCR.
- Análítica de orina
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.
- TAC craneal.
- LCR.
- EEG.

En función de los resultados de estos estudios se pueden hacer otras pruebas dirigidas a esclarecer la causa, como RM cerebral, TAC corporal, marcadores tumorales, etc.

El caso presentado es de interés ya que se trata de un paciente con una forma poco frecuente de demencia, es decir, se trata de una demencia de inicio agudo.

Ante un paciente con una demencia de inicio agudo, especialmente cuando existen antecedentes de hipertensión mal controlada y anticoagulación oral, un estudio de imagen es mandatorio, a pesar de que no exista otro déficit neurológico asociado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Continuum Dementia Module I, 2010.
- 2 Madureira et al. A follow-up study of cognitive impairment due to inferior capsular genu infarction. J Neurol 1999; 246: 764-769.