

TÍTULO: “POCO” RUIDO Y “MUCHAS” NUECES

AUTOR: RyC

ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 75 años sin historia previa de hipertensión arterial, diabetes o hiperlipemia. No hábitos tóxicos. Cefalea de perfil tensional de años de evolución. Síndrome depresivo tratado en diferentes períodos por su Médico de Atención Primaria durante los últimos 20 años. Presenta hipoacusia leve bilateral y precisa el empleo de gafas. No refiere antecedentes familiares de demencia u otras enfermedades neurológicas. Vendedor ambulante de profesión. Sabe leer y escribir. Vive con su esposa.

En tratamiento con Mirtazapina 30 mg/noche, Amitriptilina 10 mg/12 horas y Nerdipina 20 mg/noche (prescrito por su MAP para la prevención de sus cefaleas).

ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente es remitido a nuestra consulta por presentar cuadro de inicio brusco 9 meses antes, caracterizado por olvidos frecuentes de sus objetos personales, dificultad para concentrarse y seguir las conversaciones, cambio evidente en su personalidad con tendencia a realizar compras desproporcionadas e innecesarias, así como empeoramiento de su depresión. Según describe el familiar el cuadro se ha mantenido estable durante todo este tiempo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Exploración general: sin alteraciones.

Exploración neurológica: borramiento del surco nasogeniano derecho constitucional, sin evidencia de paresia en los demás pares craneales o en las extremidades. Reflejos de liberación frontal negativos. Sensibilidad, marcha y cerebelo sin alteraciones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

MMSE (Minimental Status Examination): 27 puntos (1 fallo en orientación y 2 en memoria diferida).

DAD (Evaluación de discapacidad en demencia): 69.5%. Pérdida de iniciativa para la realización de su higiene personal, dificultad para planificar la preparación de una comida sencilla u otras tareas simples que podía realizar en el pasado, para telefonar a alguien en un tiempo adecuado, para organizar su correspondencia y para comprar los objetos adecuados o necesarios. Escaso interés en las tareas realizadas hasta la fecha de forma rutinaria.

Escala de depresión de Yesavage: ausencia de depresión

Estudio Neuropsicológico:

- Orientación conservada
- Lenguaje oral fluente, amplio en contenido, no afásico en conversación y narración, pero con discreta anomia en denominación verbo-verbal
- Fluencia fonética y semántica conservadas
- Gnosias y praxias conservadas
- Memoria inmediata, diferida y semántica conservadas
- Amplitud atencional conservada, pero la sostenida se encuentra en límites bajos
- Discreta lentificación en ejecución motora

TAC craneal: Moderada atrofia cortical de predominio fronto-temporal bilateral. Presencia de múltiples infartos lacunares crónicos en ganglios basales bilaterales.

DIAGNÓSTICO DE TRABAJO

DETERIORO COGNITIVO LEVE TIPO NO AMNÉSICO

AUSENCIA DE DEPRESIÓN

EVOLUCIÓN

Se decide no iniciar tratamiento alguno y se revisa el caso un año después. La esposa refiere un notable empeoramiento. Lo encuentra mucho más despistado e inatento con mayor dificultad para seguir las conversaciones. Sin embargo, sí es capaz de manejar toda la información relacionada con las distintas telenovelas ajustando su actividad diaria al horario de las mismas ya que “no se pierde ninguna” (hasta el punto de finalizar voluntariamente el último examen neuropsicológico para poder llegar a tiempo a su casa). Realiza compras compulsivas

de productos innecesarios, esconde el dinero, se muestra muy irritable e impaciente con su esposa o cuando tiene que alterar sus rutinas.

Ante el empeoramiento del paciente se decide un nuevo estudio neuropsicológico y de neuroimagen:

MMSE: 30/30 puntos.

DAD: 85%.

Escala de depresión de Yesavage: ausencia de depresión.

Estudio neuropsicológico:

- Orientación conservada
 - Lenguaje oral fluente, amplio en contenido, frases de normal longitud y complejidad.
 - Fluencia verbal semántica en rango de valores medios, pero con varias intrusiones (signo de organicidad)
 - En repetición verbo-verbal se aprecian parafasias semánticas
 - Comprensión escrita levemente afectada, con dificultad en realizar órdenes complejas
 - Gnosias y praxias conservadas
 - Memoria inmediata, diferida y semántica conservadas
 - Memoria de trabajo en percentiles bajos de la normalidad
 - Atención sostenida levemente afectada
 - La organización secuencial del comportamiento se muestra moderadamente afectada
 - El control de la impulsividad se muestra severamente afectado
- **RMN Craneal:** Severa atrofia cortical de predominio frontal bilateral. Atrofia moderada de lóbulos temporales con predominio en región lateral

DIAGNÓSTICO FINAL

SÍNDROME DISEJECUTIVO

DISCUSIÓN

El síndrome disejecutivo es un cuadro clínico que se produce cuando existe una disfunción del córtex prefrontal. Desde este punto de vista funcional, se considera que en dicha corteza se encuentran las capacidades cognitivas más complejas y evolucionadas del ser humano: las funciones ejecutivas. En realidad, el término “funciones ejecutivas” es un paraguas conceptual que engloba un conjunto tan amplio y variado de capacidades cognitivas y conductuales que pierde toda operatividad y dificulta su estudio y entendimiento. Ya Luria y Lezak en 1968 definieron “función ejecutiva” como una serie de trastornos en la iniciativa, motivación, formulación de metas y planes de acción, y el autocontrol de la conducta. Para Fuster (1989) el cortex prefrontal es fundamental en la estructuración temporal de la conducta. Según él, se realiza mediante la coordinación de 3 funciones subordinadas: a) memoria corto plazo provisional, b) planificación conducta y c) control-supresión de las influencias internas-externas capaces de interferir en la formación de patrones de conducta. Tanto la definición de Luria-Lezak como la de Fuster son ejemplos de tendencias cognitivistas, que se basan en modelos de procesamiento de la información y tienen dificultades en proveer una adecuada caracterización de los procesos ejecutivos. En lo que sí están de acuerdo es que el síndrome disejecutivo prototipo está íntimamente relacionado con la lesión en la región prefrontal dorsolateral. En la práctica clínica habitual se diferencian tres síndromes frontales cuyas manifestaciones varían según el área lesionada: a) *síndrome mesial-límbico*, caracterizado por la presencia de mutismo, apatía, desmotivación e incontinencia urinaria, b) *síndrome órbito-frontal*, caracterizado por la presencia de desinhibición, reiteración, mal control impulsos, moria y la falta de respeto por las normas sociales y c) *síndrome dorsolateral (disejecutivo)* que se caracteriza por la incapacidad de generar hipótesis, planear acciones, tomar decisiones, ordenar temporalmente los hechos, mantener la atención; además de presentar una disminución de la fluidez verbal con una alteración de la comprensión oral y escrita, apatía y la dificultad de recuperar datos (memoria de trabajo). Si bien, dicha clasificación puede parecer muy operativa, en realidad, una característica fundamental de los síndromes frontales es la fluctuación de los síntomas en un mismo paciente a lo largo del curso clínico, y que las

manifestaciones dependen, no sólo del área afectada, sino incluso de la personalidad previa del propio paciente.

En nuestro caso, el paciente presenta todas las manifestaciones descritas como síndrome disejecutivo con fluctuación de las mismas a lo largo del tiempo. La relevancia de caso reside en que la prueba de neuroimagen muestra una severa atrofia bifrontal que contrasta con la leve discapacidad que presenta el paciente. Nos encontramos ante un caso claro de importante disociación clínico-radiológica. La práctica habitual en medicina tiene una tendencia cada vez mayor en sustentar sus diagnósticos en las pruebas complementarias, y sobre todo, en las de neuroimagen, dejando en un segundo término la exploración clínica. Hoy por hoy, para el estudio de las demencias sigue siendo fundamental la valoración neuropsicológica como herramienta diagnóstica, mientras que las pruebas de neuroimagen son útiles para apoyar nuestra sospecha o descartar etiologías tratables.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Tirapu-Ustárruz J, Muñoz-Céspedes JM, Pelegrin-Valero C. Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. Rev Neurol 2002; 34: 673-685
- 2.- Tirapu-Ustárruz J, Muñoz-Céspedes JM, Pelegrin-Valero C.Propuesta para la evaluación de las funciones ejecutivas. Rev Neurol 2005; 41: 177-186
- 3.- - Tirapu-Ustárruz J, Muñoz-Céspedes JM. Memoria y funciones ejecutivas. Rev Neurol 2005; 41: 475-484