

CASO CLÍNICO

28/03/2022

Servicio Medicina Interna CAULE
Dr. Cuéllar de la Rosa (R1 MIR)
Dra. García Melón (Adjunta MIR)

Motivo de Consulta

- Varón de 77 años.
- Ingreso desde Urgencias por cuadro de **Agitación Psicomotriz**.
- En estudio por Neurología desde hace 3 meses por sospecha de **Parkinsonismo atípico**.

Historia Actual

- o Comenzó hace 4 meses con alteraciones de la marcha por lo que fue valorado por neurología que diagnosticó posible parkinsonismo atípico iniciando tratamiento de prueba con levodopa sin clara mejoría.
- o En las últimas dos semanas se asocian alteraciones del comportamiento que cursan con irritabilidad, agitación y rechazo a la ingesta por obsesión con atragantamiento.

Antecedentes Personales

- o No Alergias conocidas.
- o IABVD. Trabajó como transportista
- o Ex-fumador. **Ex-Bebedor 60 g etanol/día.**
- o FRCV: no HTA / no DM / DL.
- o Neoplasia vesical intervenida en 2 ocasiones por RTU (2019 y 2020). HBP.
- o EPOC tipo enfisematoso. Nódulos pulmonares bilaterales específicos.
- o IQ: **Gastrectomía subtotal** con Billroth II por úlcera gástrica complicada en 1970 .

Tratamiento Habitual

- o Sinemet plus/8 h
- o Lorazepam 1 mg/24 h
- o Duodart
- o Fluvastatina 80
- o Escitalopram 10
- o Omeprazol 20 MG

Exploración Física

- o **Consciente, confuso**, no colaborador por intensa agitación psicomotriz. **No signos meníngeos.**
- o Buen Estado General. Eupneico. Afebril.
- o **Deshidratado.** Normocoloreado. Normoperfundido. **Dorso de lengua enrojecida.**
- o TA: 102/62. SpO2: 96%. T^a: 35,7 °C.
- o AC: rítmica a 72l pm, sin soplos
- o AP: MVF globalmente disminuido.
- o Abdomen: blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias.
- o Edemas bimalears, no signos TVP.

Exploración Neurológica

- o Desorientado.
- o Lenguaje escaso sin disartria.
- o PIN. MOE conservada. Facial centrado. Resto de pares craneales sin alteraciones.
- o No claudica en Barré ni en Minganzzini.
- o Sensibilidad táctil, algésica y propioceptiva conservadas. No disimetría. ROT presentes.
- o Reflejos cutáneos plantares flexores. No rigidez ni bradicinicesia.
- o Marcha a pequeños pasos arrastrando los pies.

ECG

- o Ritmo sinusal a 70 lpm, eje a 60° .
- o QRS estrecho, PR normal.
- o No alteraciones agudas de la repolarización.

A/S de Urgencias

o Hemograma:

o Leucocitos 8.6 (FN)

o Hemoglobina 14

o VCM 93.8

o Plaquetas 243

o Glucosa 94

o Urea 73

o Cr 1.06, FG 67

o Na 142, K 3, Cl 106

o , Proteínas totales
5.9, CK 98, LDH
256

o PCR 0.6, proBNP
228

o Bioquímica:

A/S de control y Sys

- o Perfil férrico:
 - o Fe 82
 - o Transferrina 177
 - o IST 46%
 - o Ferritina 206
 - o Albúmina 3,63
 - o H. Tiroideas normales
 - o Niveles de vitamina D 8.
- o Leucocitos 500
- o Nitritos negativos
- o Eritrocitos 250
- o Sedimento:
 - o 60-80 Leucocitos/campo
 - o 40-60 eritrocitos/campo.
- o Urocultivo:
 - o Escasa flora Gram positiva
- o Sistemático:

Serología

- o VIH: Negativo.
- o LUES: Negativo.
- o Borrelia: Negativo.
- o Brucella: Negativo.

Radiografía Tórax y Abdomen

- o Tórax: ICT normal. Sin condensaciones ni derrame pleural.
- o Abdomen: restos de contraste en colon derecho. No signos de oclusión. Abundante gas en colon descendente hasta ampolla rectal.

TAC y RM

- o TAC cerebral: Sin hallazgos patológicos agudos.
- o RM de columna cervical: Unión cráneo cervical de **morfología normal**. El cordón medular es de calibre normal en toda su extensión, **no identificando alteraciones en su intensidad de señal ni otros signos de mielopatía**. Cervicoartrosis con posible repercusión radicular derecha en los niveles C4-C5 y C5-C6.

Diagnóstico Diferencial

- o SINDROME CONFUSIONAL vs DEMENCIA
- o TIPOS DE DEMENCIA:
 - o ORGÁNICA vs CARENCIAL

Síndrome Confusional Agudo

- o Síndrome cerebral orgánico, caracterizado por una **disfunción aguda** generalizada, con un deterioro **fluctuante** de la conciencia y la atención:
 - o Alteración de la percepción (alucinaciones e **ilusiones visuales**). Desorientación temporal, espacial y de la persona.
 - o **Trastorno del ciclo sueño-vigilia.**
 - o Trastorno emocional y psicomotor.
 - o Puede existir signos neurológicos inespecíficos: Temblor, incontinencia urinaria, pérdida de la postura...

Síndrome Confusional Agudo

o Etiología:

- o Enfermedades metabólicas
- o **Infecciones** (sobre todo de **orina**)
- o Globo vesical (IMPORTANTE)
- o Hospitalización...

o Curso:

- o Inicio **repentino** (días u horas).
- o Curso breve y **fluctuante**, con empeoramiento vespertino.
- o **Mejoría rápida** al identificar desencadenante.

Demencia

- o Síndrome de **deterioro cognitivo global**, de curso **progresivo**, **preservando** el **nivel** de **vigilancia**.
- o Incluye deterioro de la memoria, del lenguaje y de la orientación.
- o Enfermedad de Alzheimer, Demencia Vascular y Demencia de los Cuerpos de Lewy constituyen el 95% de los casos de demencia

Alzheimer

- o Demencia cortical fronto-temporo-parietal.
- o **Agravamiento nocturno.**
- o Principal **alteración**: trastorno de la **memoria.**
- o Síndrome afasia-apraxia-agnosia.
- o **No hay alteración del nivel de conciencia.**

Demencia de Cuerpos de Lewy

- o **Alteraciones extrapiramidales** leves (bradicinesia y alteración de la marcha).
- o **Alucinaciones visuales.**
- o **Cambios súbitos de la atención** y cognición.
- o La L-Dopa puede originar alucinaciones.
- o Trastorno del comportamiento relacionado con el sueño REM.

Demencia Vascular

- Debida a infartos cerebrales.
- Signos **neurológicos focales**. Se observan en neuroimagen.
- Inicio **agudo** y curso **fluctuante**.

Otras Demencias

- o Demencia Fronto-Temporal:
 - o Inicio temprano (<50 años) y curso rápido.
 - o Trastornos del comportamiento y desinhibición.
 - o Afectación rara de la memoria, pero común del lenguaje.
 - o Se detecta mediante TAC.
- o Hidrocefalia Normotensiva:
 - o Apraxia de la marcha (pies pegados al suelo).
 - o Incontinencia Urinaria.
 - o Demencia subcortical (bradipsiquia, desorientación y apatía).

Un pequeño apunte: Síndrome de Wernicke-Korsakov

- o En **alcoholismo crónico**, originado por un **déficit de B1**.
- o Clínica:
 - o Ataxia.
 - o Nistagmo y parálisis VI PC.
 - o Alteración del nivel de conciencia (trastorno psico-conductuales).

Pruebas a realizar

- o Analítica (Hemograma, VSG y BQ).
- o Hormonas Tiroideas.
- o **Ácido fólico y Vit. B12.**
- o Serología.
- o Cobre y ceruloplasmina (E. Wilson).
- o SyS.
- o Rx de Tórax y ECG.
- o **Electroencefalograma.**
- o TAC craneal y RM.

Sospecha clínica: Locura Megalobástica

- o La vit. B12 (cobalamina) se extrae de tejidos animales, requiere de FI para absorberse en el íleon terminal.
- o Se deposita en hepatocitos, teniendo **reservas** durante **2-4 años**.
- o Causas de déficit:
 - o Anemia perniciosa (déficit de FI).
 - o **Gastrectomizados**.

Síntomas déficit B₁₂

- o Síndrome megalobástico:
 - o Alteración de la **síntesis de ADN** que afecta a tejidos con **alto recambio celular**:
 - o Médula ósea: **Pancitopenia si larga evolución.**
 - o Tubo digestivo: **Glositis** y depapilación lingual (Glositis atrófica de Hunter)

Síntomas déficit B₁₂

- o Mirosis funicular o degeneración combinada subaguda medular:
 - o Pueden existir manifestaciones neurológicas y en menor grado, también las digestivas sin que exista anemia ni macrocitosis.
- o Alteración de los cordones posteriores:
 - o Parestesias (más precoz).
 - o Ataxia (Romberg +)
 - o Disminución sensibilidad vibratoria EEII.
- o Alteración de la vía piramidal:
 - o Paresia, espasticidad e hiperreflexia.
 - o Signo de Babinski positivo.
- o Alteración mental:
 - o Irritabilidad, psicosis, Encefalopatía de Weill.

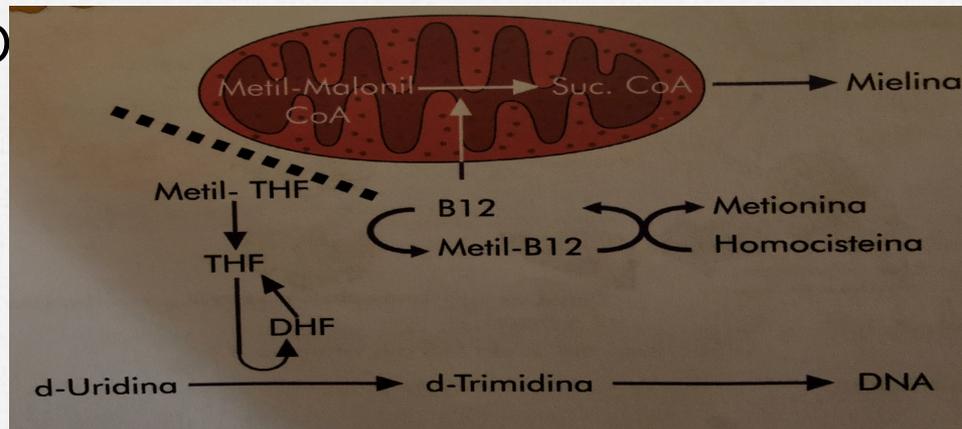
Analítica

- o **Anemia macrocítica** (el signo hematológico más precoz es el aumento de la VCM), aunque puede darse el caso de que esté en rango (20% de los casos).
- o **PMN polisegmentados** (prácticamente diagnóstico de anemia megalobástica).
- o Inclusiones eritrocitarias, signos secundarios a aumento hemólisis (LDH y BI).

Confirmación sospecha

- o Médula ósea megalobástica.
- o Cuantificar ácido metil-malónico y la homocisteína total plasmática.
- o Déficit B12: Aumenta M-MCoA y Homocisteína.

o D



Tratamiento

- o B12 intramuscular:
 - o Pauta establecida independiente del grado de anemia (Inyección diaria de 1.000 microgramos durante 7 días, después semanales y después mensuales).
 - o De por vida.
 - o Síntomas neurológicos pueden no ceder.
 - o Se aconseja administrar folato concomitante.

¿Cómo diferenciar déficit B₁₂ de ácido fólico?

- o El folato a dosis altas puede corregir una anemia megalobástica por déficit B₁₂, pero no modifica e incluso empeora las anomalías neurológicas.
- o El déficit de folato no ocasiona en ningún caso síntomas neurológicos.

¿Qué haría a las 03:00 am?

- o Realizar una **correcta historia y anamnesis** de parte de la familia.
- o Ajustar el tratamiento actual del paciente.
- o Solicitar las pruebas complementarias necesarias (Serología, **A/S con niveles tiroideos, folato y B12, SyS con Urinocultivo, EEG, TAC craneal...**).
- o Solicitar **frotis de sangre** (PMN polisegmentados) y niveles de **Homocisteina y M-MCoA**.
- o Tratar la **ITU empíricamente** después de UC.
- o Pautar **tratamiento contra agitación** durante esa noche (Haloperidol / Tiaprizal)...
- o **Tiamina i.v (50 mg) + sulfato de magnesio**.
- o Tranquilizar a la familia y paciente.

Gracias

