



Julio César Morales López.

Dr. Carlos Hernández Santos.

Resumen.

Geriatría.

PASIÓN POR EDUCAR

Sexto Semestre.

“A”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 31 de Mayo del 2025.

Demencia Fronto temporal.

Conjunto de trastornos neurodegenerativos que se caracterizan por: Atrofia de progresión lenta en lóbulos cerebrales, alteraciones en la personalidad, Alteraciones en el comportamiento, alteraciones del lenguaje y en la función motora.

Epidemiología: - 5.5 % de la población de adultos mayores padece un tipo de Demencia.

- 2da causa mas común de demencia en < 65 años.
- Variante conductual con predominio en hombres y Semántica en mujeres.
- Aparece entre 45 - 65 años.

Clinica: - Variante Semántica.

- Alteraciones de lenguaje, Defectos de comprensión de palabras, Identificación de personas u objetos. perdida gradual de la memoria semántica.
- Atrasos no fluentes: Alteraciones del habla y reducción de la capacidad para generar palabras y oraciones correctas.

Variante Conductual.

- Cambio evidente en la personalidad y conducta del paciente respecto a su comportamiento habitual. (Apatía, aplanamiento emocional, desinhibición, pérdida del tacto social, comentarios inapropiados de contenido sexual, pérdida de límites sociales y físicos.
- Pérdida de empatía.
- Conductos estereotipados simples o ritualistas y estereotipados verbales.

Diagnóstico. - logopénica: Dificultad para evocar palabras.

- Test de Moca.

- RM: Atrofia frontal mesial orbitofrontal y corteza insular anterior.
- VBM y Mapeo de grosor cortical. - PET: Hipoperfusión Frontal.
- Estudios en Sustancia blanca. Hipometabolismo.

Tratamiento.

Medidas Generales.

- Seguridad.
- Información al cuidador — posibles cambios conductuales.
- Seguridad y manejo de vehículos.
- Discusión familiares.
- Supervisión continua.
- Ejercicio y movilidad.
- Terapia ocupacional.

Antidepresivos.

- Inhibidores ISRS (Serotoninérgicos): Sertralina, Paroxetina, Fluvoxamina.
Disminuyen ansiedad, impulsividad, trastorno alimentario y conductas repetitivas.
- Trazodona en dosis bajas → Agitación y agresión.

Antipsicóticos.

- Olanzapina o Quetiapina a dosis bajas → Delirio, agitación y reducción de estrés de cuidador.

Parkinson.

Proceso neurodegenerativo complejo caracterizado por la pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra pars compacta (SNpc) del mesencéfalo, con presencia de inclusiones intracelulares llamadas *Cuerpos de Lewy*.

Epidemiología.

- Edad adulta mayor.
- 2da enfermedad neurodegenerativa seguida de Alzheimer.
- Mayor riesgo en poblaciones hispanas.
- 8-18 por 100.000 habitantes
- Mayor en hombres que en mujeres.
- 0.3 % de población general.

Clínica

- Motora

- Temblor en Reposo.
- Rigidez en Rueda Dentada.
- Acinesia. (Bradicinesia).
- Fatigabilidad

No Motora

- Depresión
- Ansiedad
- Apatía
- Alucinaciones.
- Disfunción Autonómica.
- A. Pélica
- Trastornos del sueño.
- All. Visuales
- Síntomas Gastrointestinales.

Diagnóstico.

- Clínico.
- Confirmatorio → Post mortem.
 - Pérdida neuronal en sustancia negra.
 - Presencia de cuerpos de Lewy.
- Dx Clínico.
 - Parkinsonismo. (Bradicinesia + Signo motor), lento, progresivo y asimétrico.
 - Exclusión de otros causas (Medicamentos, ET).
 - Presencia de signos de apoyo.

Ensayo terapéutico.

Prueba con Levodopa

Buena respuesta → EP.

Respuesta limitada → Parkinsonismo atípico o Medicamentoso.

RM → En sospecha de Parkinsonismo atípico o Vascular.

DATSCAN / ESPECT / PET

- Evaluación vía Dopaminérgico.
- Diferencia EP vs Parkinsonismo farmacológico o atípico.
- Estudio de transportador Dopaminérgico.

Tratamiento.

• Motor

- Levodopa: Preursor oral de Dopamina (Manifestaciones) Motoras.
Gold Standard.

2do - Rasagilina

3ro - Rotigotina.

• Psicosis

- Quetiapina.

• Deterioro Cognitivo

- Rivastigmina.

• Depresión.

- Paroxetine.

• Genito urinario

- Trosio → Vejiga Hiperactiva

- Sildenafil → Disfunción Eréctil.

Enfermedad con Cuerpos de Lewy.

- Inclusiones citoplasmáticas en la sustancia negra que provoca patología con signos de Demencia similar a la Enfermedad de Parkinson con la diferencia que esta desarrolla la demencia acompañado de los signos físicos simultáneos y la enfermedad de Parkinson desarrolla los signos físicos y al año la demencia.
- Epidemiología. De 55 años puede comenzar > común > 75
De 237 casos de Demencia 0.4 %. Es con cuerpos de Lewy.
Incidencia anual de 26 casos por cada 100.000 habitantes.

- Clínica

Prodrómica:

- Deterioro cognitivo: "Fluctuaciones" (Confusiones)
- Síntomas conductuales: Alucinaciones visuales, Ansiedad y Depresión.
- Fenómenos del sueño: RBD: Es una parasomnia en la que los pacientes actúan físicamente los sueños durante la fase de sueño. (Hoblar, gritar, patear, golpear o saltar de la cama).
- Disfunción autonómica: Estreñimiento, Caída postural de la TA, Incontinencia Urinaria y Retención.
- Físicos: Parkinsonismo.
- Disfunción Olfatoria → No es específico.

Demencia:

Domínios cognitivos: Atención, función ejecutiva, habilidades visuoespaciales y memoria.

Fluctuación, Alucinación, Delirios.

Parkinsonismo: Bradicinesia, deterioro de marcha y temblor en reposo.

- Diagnóstico.

EEG → • Excluir actividad comicial.
• Ondas agudas temporales.

Tomografía Por Emisión : Metabolismo Cerebral.
de Positrones FDG

SPECT o PET → Niveles de DAT. reducidos

- Tratamiento

Anticolínergicos

Donepezilo 5 mg 8 semanas.
10 mg/di

Carbidopa y

Levodopa

25 mg/100 mg

3 veces al día.

25/250 mg.

→ Parkinsonismo.

Rivastigmina 9 mg - 18 mg.

Antipsicóticas

→ Quetiapina : 12.5 mg 1 hora
antes de mororio de
aparición de síntomas.
max: 300 mg.

Enfermedad de Priones.

Enfermedades neurodegenerativas, cuyo agente causal es una proteína normal del cerebro PrP que se agrega en una conformación anómala PrP^{sc}.

- Epidemiología.

- Afecta a sujetos en un intervalo entre los 16 y 98 años.
- Formas genéticas en decada de los 50 años.
- Variantes a través de la ingesta: kuru y ECJ → Vacas locas.
- Variantes iatrogénicas: Injertos de Duramadre y HC. → Canibalismo

Clínica

- Enf. Creutzfeldt - Jakob

- + Frecuente
- Demencia rápida y progresiva.
- Ataxia, Bradicinesia, Mioclonías y Espasmodicidad.
- Mioclonías.
- Ansiedad, Depresión y Alteraciones del sueño.

- Insomnio Esporádico Fatal.

- Insomnio. grave.
- Agitación psicomotriz
- Atrofia talámica y de oliva inferior.
- Alucinaciones
- Ataxia.
- Demencia Progresiva.
- Cambios espongiiformes ausentes.
- Mioclonías e hiperreflexia
- Ansiedad y depresión.
- Disautonomía

- Kuru

- Comienza por dolor en extremidades.
- Ataxia cerebelosa.
- Taublon
- Demencia franca tardía.

- Sx de Gerstmann - Straussler - Scheinker.

- Sx Cerebeloso progresivo.
- Síntomas Psiquiátricos prominentes
- Alt. Cognitivas.
- Muerte la 3-6 años

Diagnóstico.

- Enfermedad por priones RM. (Resonancia Magnética).
Debe incluir:
 - Secuencias en T1 con contraste
 - FLAIR
 - Secuencia de difusión.
- 7 Señales en ganglios basales, tálamo, en sustancia gris cortical en secuencias T2, FLAIR o difusión.
- Electroencefalograma.
 - Complejos periódicos triásicos de gran amplitud con una frecuencia aproximada de 1 segundo. en fases tardías de enfermedad.
- LCR: Niveles elevados de proteínas neuronales.
- RT-QuIC: LCR con priones al incubarlo con PrP recombinante se produce cambio conformacional de prp in vitro que conduce formación de amiloide.
- PMCA: Gold Standard.
- Biopsia: Diagnóstico Definitivo.

Tratamiento.

- ↳ Esperanza de vida 6 meses.
- ↳ Cuidados paliativos.

Demencia Vascular.

Es la forma mas grave del deterioro cognitivo vascular.
Se refiere a alteraciones cognitivas causadas por enfermedad cerebrovascular (DCV).

La Demencia Vascular se define como déficits clínicos importantes en al menos un dominio cognitivo con impacto grave en las actividades de la vida diaria, junto con evidencia de enfermedad cerebrovascular en neuroimagen.

Demencia post ictus.

Demencia vascular isquémica subcortical

Demencia Multinfarto

Demencia Mixta.

Epidemiología.

- Causa mas predominante en Asia Oriental.
- Afecta a mayores de 75 años.
- 10% de pacientes desarrollan demencia tras el primer ictus en el primer año.
- Coexistencia de patología vascular y EA es común en ancianos.

Cuadro Clínico.

- Alteración en funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento y memoria.
- Puede tener inicio gradual, escalonado o mixto.
- Afecta dominios como función ejecutiva, atención, memoria, lenguaje y visoespacialidad.
- En Imagen se observan: Infartos, hiperintensidades de sustancia blanca, microhemorragias y atrofia cerebral.

Diagnóstico

- Valoración de criterios neuropsicológicos clínicos y de imagen.
- Gold Standard → Resonancia Magnética.
- Evaluación de 5 dominios cognitivos básicos.
- Diagnóstico diferencial con Alzheimer.

Tratamiento

- Prevención y control de factores de riesgo vascular.
(HAS, DM, Tabaquismo, Dislipidemia e Inactividad).
- Fármacos antihipertensivos han mostrado beneficios.
- Se investiga el papel de terapias neuroprotectoras y antiinflamatorias. pero aún sin resultados concluyentes.

Referencias.

- Carlos d Hyver, Luis Miguel Gutierrez Robledo, Clemente Humberto Zúñiga Gil. (2019). Geriatría 4ta Edición. El Manual Moderno, Editorial.
- Martínez-Fernández, R., Gasca-Salas, C., Sánchez-Ferro, Á., & Obeso, J. A. (2016). Actualización en la enfermedad de Parkinson. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 363–379. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.06.010>
- Arranz-Martínez, E., Trillo-Sánchez-Redondo, G., Ruiz-García, A., & Ares-Blanco, S. (2010). Prionopatías: las encefalopatías por priones. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 36(8), 443–448. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2010.06.004>
- Golimstok, Á. (2017). Actualización en enfermedad con cuerpos de Lewy. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 37(3), 105–111. https://instituto.hospitalitaliano.org.ar/educacion/revista/index.php?contenido=ver_articulo.php&datorev=Septiembre+2017+volumen+37+N%C3%BAmero+3&id_articulo=36649&id_rev=143
- Lillo, P., & Leyton, C. (2016). Demencia frontotemporal: cómo ha resurgido su diagnóstico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 309–318. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.06.005>.
- Iadecola, C., Duering, M., Hachinski, V., Joutel, A., Pendlebury, S. T., Schneider, J. A., & Dichgans, M. (2020). Deterioro cognitivo vascular y demencia. Panel de expertos científicos de JACC. *JACC. Edición en español*, 1(10), 53–72. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.04.034JACC+6>